



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE MEDICINA**

---

**“EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DE DISEÑO DE INTERIORES, ARTES ESCÉNICAS Y EJECUCIÓN INSTRUMENTAL DE LA FACULTAD DE ARTES DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, FRENTE A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y VIH/SIDA”.**

**Tesis previa a la obtención**

**Del título de Médico**

**Autores:**

**Pablo Julio Encalada Barahona**

**Melody Pamela Fernández Burbano**

**Alex Estuardo Palacios Martínez**

**Asesora: Dra. Eulalia Freire Solano**

**Directora: Dra. Eulalia Freire Solano**

**CUENCA-ECUADOR**

**2009-2010**



## RESUMEN

En las escuelas de Diseño de Interiores, Artes Escénicas y Ejecución Instrumental de la Facultad de Artes de la Universidad de Cuenca se realizó un estudio cuasi-experimental de conocimientos actitudes y practicas sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA, la intervención educativa estuvo basada básicamente en la teoría cognoscitivo-social de Albert Bandura, se aplicó un cuestionario antes y después de la intervención educativa para determinar sus conocimientos sobre ITS. La muestra de nuestro estudio estuvo conformada por 58 estudiantes para lo cual se determinaron algunos aspectos como: conocimientos sobre las ITS, cuales son los síntomas, cuales son curables, las actitudes y las prácticas en relación a al prevención y el nivel de autocontrol.

En cuanto a los resultados en conocimientos sobres las ITS fueron muy buenos con incrementó de un 6,53% a 8.8%, las actitudes buenas se incrementaron de un 7.27% a 8.16%. Las prácticas en cambio se mantuvieron antes y después en 5.6%; en el grupo intervenido, lo que demuestra que las prácticas no se modificaron y que requieren más tiempo para su evaluación.

También se determinó la escala de autoeficacia para prevenir el SIDA, en las preguntas del nivel de autoeficacia si demostró modificación en el grupo intervenido en decir no a las relaciones sexuales con alguien tratado treinta días o menos, bajo el efecto del alcohol y con alguien tratado con anterioridad.

En el uso del preservativo se modificó el nivel de autoeficacia en el grupo intervenido.

**PALABRAS CLAVE: ITS, PREVENCIÓN, CAPS, AUTOEFICACIA, VIH.**



## ABSTRACT

A experimental study about knowledge and practices on STD and HIV/AIDS was held in the Interior Design, Scenic Arts and Instrumental Execution of the University of Cuenca, in Cuenca. A test Based on the social-cognitive theory from Albert Bandura, was delivered before the educational intervention in order to determinate the student's knowledge about ITS and others after the seminar. The sample of our study was formed by 58 students selected for some aspects such as: knowledge on the subject, which are the symptoms on each decease, which ones can be cured, the attitudes to take on the illness, what to do on certain situation of sexual relations and how to act, the kind of sexual practice, how to use a condom, prevention, etc.

The results on knowledge about ITS were pretty good, they increased from 6.53% to 8.8%, the good attitudes increased from 7.27% To 8.16% However the practices remained the same 5.6% , in the selected group, which shows that there is no will on taking action on the subject.

The self-effectiveness to prevent AIDS was also determined, the questions related to self effectiveness level showed improvement on the selected group at the moment to say no to have sexual relations with someone who they met less than thirty days ago, under alcohol effects and would agree to have sex with someone who they met a major period of time.

Regarding the use of condoms and some lucidity states, shown light improvement on the self effectiveness level on the selected group, topics such as denial, to buy, to have money and to talk about sexual issues with parents had the same results in numbers, this shows that there is a lack of family communication and on the part of the government on educating people and to make conscience on STD prevention.



## **RESPONSABILIDAD**

**Esta obra es responsabilidad  
absoluta de los autores**

---

**Pablo Encalada**

---

**Melody Fernández**

---

**Alex Palacios**



## **AGRADECIMIENTO:**

**Dejar constancia de nuestra gratitud:**

*A La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.*

*A Nuestra Directora y Asesora de tesis Dra. Eulalia Freire Solano.*

*Al Dr. Iván Orellana.*

*A los estudiantes de las escuelas de Diseño de Interiores, Ejecución Instrumental y Artes Escénicas de la Facultad de Artes de la Universidad de Cuenca.*

*Al Decano de La Facultad de Artes y Directores de las Escuelas, por su acogida y colaboración para permitir realizar nuestro estudio.*



## DEDICATORIA

Este proyecto que va encaminado a una concientización de los estudiantes que son el futuro que con el ejemplo vayan a guiar a las futuras generaciones para sepan que acciones y conducta tener en relación a la sexualidad, ya que con el conocimiento se evitara que las consecuencias de la infecciones de transmisión sexual, sigan siendo causa de más muertes como por el VIH/SIDA.

Agradecemos a nuestra tutora que gracias su constancia, bondad, carisma y guía nos llevo a la culminación de este estudio que servirá a nuestra juventud para que lleve con responsabilidad su conducta sexual.

A nuestros padres que son nuestro ejemplo y por su sacrificio estamos aquí ya que su apoyo incondicional forma parte de la realización de este estudio.

## Los Autores



# ÍNDICE

## Contenido

Introducción.....	1
-------------------	---

## CAPÍTULO I

1. Planteamiento del Problema.....	5
1.1. Justificación.....	13

## CAPÍTULO II

2. Marco Teórico.....	15
2.1. Conceptos relacionados con la sexualidad y salud sexual.....	15
2.2. Algunas definiciones de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) o Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).....	17
2.3. Clasificación de las Enfermedades de Transmisión Sexual.....	20
2.4. Infecciones de Transmisión Sexual.....	23
2.4.1. Uretritis no Gonocócica y Cervicitis Clamidal.....	23
2.4.2. Gonorrea.....	27
2.4.3. Chancro Blando.....	29
2.4.4. Linfogranuloma Venéreo.....	30
2.4.5. Sífilis.....	31
2.4.6. Tricomoniasis.....	35
2.4.7. Herpes.....	36



2.4.8. Virus del Papiloma Humano Genital (VPH).....	40
2.4.9. VIH/ SIDA.....	41
2.5. Incidencia de las ITS.....	44
2.6. Prevención de las ITS y VIH/ SIDA.....	48
2.7. Las Teorías del Aprendizaje.....	51
2.8. Las Encuestas CAPS.....	63

### **CAPÍTULO III**

3. Hipótesis y Objetivos.....	64
3.1. Hipótesis.....	64
3.2. Objetivos.....	64

### **CAPÍTULO IV**

4. Metodología.....	65
4.1. Tipo de Estudio.....	65
4.2. Universo y Muestra.....	65
4.3. Plan de Análisis.....	66
4.4. Área de Estudio.....	67
4.5. Procedimientos, Técnicas e Instrumentos.....	67
4.6. Descripción del Cuestionario.....	68
4.7. Cómo se procedió a recolectar los datos.....	71
4.8. De la Intervención Educativa.....	72
4.9. Análisis Estadístico.....	74
4.10. Manejo Bioético de los datos.....	74
4.11. Recursos humanos y técnicos.....	74





## CAPÍTULO V

5. Resultados.....	76
5.1. Tabla Base.....	76
5.2. Resultados antes y después de la Intervención Educativa.....	79
5.3. Modificación de los Conocimientos, Actitudes y Prácticas, antes y después de la Intervención Educativa .....	87
5.4. Escala de la Autoeficacia para prevenir el VIH/ SIDA.....	97
5.5. Muestra de T relacionada para Autoeficacia sobre VIH/ SIDA.....	106

## CAPÍTULO VI

6. Discusión.....	110
-------------------	-----

## CAPÍTULO VII

7. Conclusiones y Recomendaciones.....	120
7.1. Conclusiones.....	120
7.2. Recomendaciones.....	121

## CAPÍTULO VIII

8. Revisión Bibliográfica.....	122
--------------------------------	-----

## CAPÍTULO IX

9. Anexos.....	135
----------------	-----



## INTRODUCCIÓN

Se debe señalar que el sexo surge con el surgimiento del propio hombre como la forma de placer y de reproducción de la especie. Desde tiempos muy antiguos el hombre practicaba el sexo como forma de placer con prostitutas, por lo que siempre existió promiscuidad, y por lo tanto desde la más remota antigüedad han existido enfermedades relacionadas con la sexualidad. En la Edad Media, la sífilis causó estragos semejantes a los de la peste, y devastó pueblos y ciudades enteras. (1)

”Si bien la sexualidad puede abarcar el erotismo, los vínculos afectivos, el amor, el sexo, el género y la reproducción, no todas estas dimensiones tienen que expresarse. La sexualidad se encuentra presente en toda la vida, aunque es posible que las expresiones e influencias que repercuten en la sexualidad difieran con el correr de los años. La sexualidad está circunscrita por un contexto histórico y cultural concreto y, por ende, está determinada por costumbres, tradiciones y valores y ella, a su vez, repercute en estos. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades fundamentales del ser humano, tales como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.” (Promoción de la salud sexual OPS, 2000) (1)

La sexualidad, aunque es parte natural de los procesos de desarrollo en los adolescentes, es a la vez factor importante que hace aumentar el riesgo de contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA. Aunado a esto, la promiscuidad, y la poca utilización de métodos preventivos, así como la falta de una correcta educación sexual, son los puntos clave que hay que atender para fomentar una cultura libre de riesgos para estas infecciones. (2)

Notablemente se puede constatar el auge de prácticas irresponsables en la sexualidad de los grupos de adolescentes y adultos jóvenes. Prácticas que quedan al margen de la ética que rige los principios morales de una sociedad en



decadencia, a pesar de los grandes avances científicos y tecnológicos que distinguen la era postmoderna. (3)

La actual perspectiva de la sexualidad (vida sexual coital y no coital) es más bien egoísta y carente de valor (en cuanto a lo que vale y en cuanto a lo moral), no un fin en sí misma *-desde el punto de vista constructivista en una relación de pareja-* sino un medio para obtener el personal beneficio del placer (hedonismo) reflejado en la propia experiencia (egoísmo) de una satisfacción sexual pasajera. (3)

El verdadero significado de la sexualidad se fundamenta, por tanto, en una educación sexual que se basa en argumentos científicos, que expliquen el desarrollo y cambios biológicos de la naturaleza humana en adolescentes y jóvenes. Así como, el desarrollo de la propia personalidad que se fundamenta en una moral bien encauzada. (4)

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) representan mundialmente un serio problema tanto en términos de salud como económicos y sociales. Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un conjunto de infecciones que se transmiten fundamentalmente a través de las relaciones sexuales. (5), (6). La prevención de ellas se hace inminente debido a las consecuencias nefastas que trae para la salud y dentro de las mismas se encuentra el VIH/SIDA que se ha extendido por todo el mundo en forma de una gran epidemia (7). Una forma de prevenir estas infecciones es promocionando salud.

Se entiende por promoción de salud proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. (7) Es muy importante la formación de promotores ya que son personas con determinadas características que reciben entrenamiento para desarrollar acciones con el objetivo de informar y educar a la población en la adopción de conductas sexuales saludables. (8).



A pesar de los esfuerzos e iniciativas mundiales, el número de personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) sigue aumentando, así como el de defunciones causadas por SIDA. Millones de personas viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), incluidos adultos y niños. En los últimos dos años, el número de personas que vivía con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) aumentó en todas las regiones del mundo. África subsahariana sigue siendo la región más castigada por la epidemia mundial. El incremento más preocupante se registró en Asia oriental, en Europa oriental y Asia central. (9)

El acceso al tratamiento y la atención ha aumentado significativamente en los últimos años. Son relativamente pocos los países que han podido proporcionar datos amplios de tendencias comportamentales entre los jóvenes, y muchos países disponían de datos insuficientes o de ningún dato sobre las tendencias de la prevalencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en los jóvenes, incluidos algunos de los países con una prevalencia excepcionalmente elevada de África meridional. (9)

Esto pone de manifiesto la necesidad de ampliar las actividades de vigilancia y prevención del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) con carácter urgente, aunque vale destacar la evidencia de algunos cambios positivos recientes entre los jóvenes en zonas del Caribe y África subsahariana, particularmente en África oriental. (9)

El futuro de las epidemias mundiales de VIH depende, en muchos aspectos, de los comportamientos que adopten o mantengan los jóvenes, y de los factores contextuales que afectan esas decisiones.

Las actividades preventivas en este sentido juegan un papel significativo en el aumento del nivel de conocimiento de las personas afectadas en nuestras comunidades así como lograr en ellos un auto cuidado responsable para sí y para con los demás. (9)



## CAPITULO I

### 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las Infecciones de transmisión sexual (ITSS, ITS, STI), anteriormente denominadas enfermedades de transmisión sexual (ETS, STD) es uno de los problemas más importantes para la salud de los jóvenes, desde el punto de vista social y económico, estas enfermedades siguen cobrándose un tributo significativo en los jóvenes y finalmente en la sociedad. La pobreza, el desempleo, la falta de información, la migración como consecuencia de la actitud pasiva de los gobiernos de los países pobres, unido esto a la corrupción, hacen que epidemias como el SIDA, la Tuberculosis y otras avancen sumiendo a las poblaciones del tercer mundo en la desesperanza. (10)

El difícil acceso a la educación quebranta el porvenir de muchos jóvenes llevándolos a la prostitución para sobrevivir o forzándolos a migrar lejos de su país de origen y de sus familias o sumiéndolos en las drogas; predisponiéndoles a adquirir las infecciones de transmisión sexual. (10)

Los datos sobre la magnitud de las ITS en Latinoamérica son limitados, sin embargo entre los adolescentes mexicanos, la evidencia muestra que se trata de un importante problema de salud pública al que no se le ha dado la importancia debida: un estudio llevado a cabo con adolescentes escolarizados de entre 11-24 años en el estado de Morelos encontró una prevalencia de herpes simple tipo 2 (VHS 2) de 5.7% en promedio, con 9.2% en el caso de las mujeres estudiantes de secundaria, en tanto que otro estudio con adolescentes de 15-21 años en localidades urbanas pequeñas encontró una prevalencia de VHS 2 de 11% entre los sexualmente activos. (10) Por otra parte, se ha documentado una Prevalencia de 18% del virus del papiloma humano en mujeres menores de 25 años.



El aspecto central de estas cifras, que podrían parecer no muy elevadas en comparación con otras poblaciones, es que se refieren a un grupo con una vida sexual corta.

La organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la incidencia mundial de casos nuevos de ITS curables en 1995 -gonorrea, sífilis, clamidias, monilias y trichomonas- fue de 333 millones. La prevalencia mundial de infecciones activas o latentes de ITS virales crónicas comunes como el herpes virus simple genital, virus de la hepatitis B y en forma ascendente el VIH, se podría estimar en billones de casos en virtud de que en varias poblaciones la mayoría de los adultos se infectan con uno o más de estos patógenos (11).

El Número de personas viviendo con VIH en América Latina y el mundo ha incrementado en los últimos años y debido a que la sexualidad es propio del ser humano, por lo tanto, integra factores psicológicos, sociales y biológicos. Al mismo tiempo, la epidemia ha elevado la conciencia mundial sobre las inequidades en materia de sanidad y catalizó una acción sin precedentes para hacer frente a algunos de los obstáculos más graves al desarrollo en el mundo. (12)

La cultura definida por la UNESCO como: modos de vida, tradiciones y creencias, representaciones de la salud y la enfermedad, formas de percepción de la vida y la muerte, normas y prácticas sexuales, relaciones de poder y de género, estructuras familiares, idiomas y medios de comunicación, así como artes y creatividad; son determinantes en las actitudes y los comportamientos relacionados con la posibilidad de adquirir las infecciones de transmisión sexual y la infección VIH/SIDA. La cultura, por lo tanto influye en el hecho de correr o no el riesgo de contraer estas infecciones, en el acceso al tratamiento, a los cuidados, en el establecimiento de relaciones de género y de papeles que ponen a las mujeres y a los hombres en peligro de tales infecciones, en el apoyo o la discriminación para con los que viven con el VIH/SIDA y sus familias, etc. (12)



Cada día en el mundo, casi un millón de personas contraen una infección de transmisión sexual (ITS). La presencia de ITS como sífilis, chancroide o infección genital por virus del herpes simple aumenta enormemente el riesgo de contraer o transmitir el VIH.

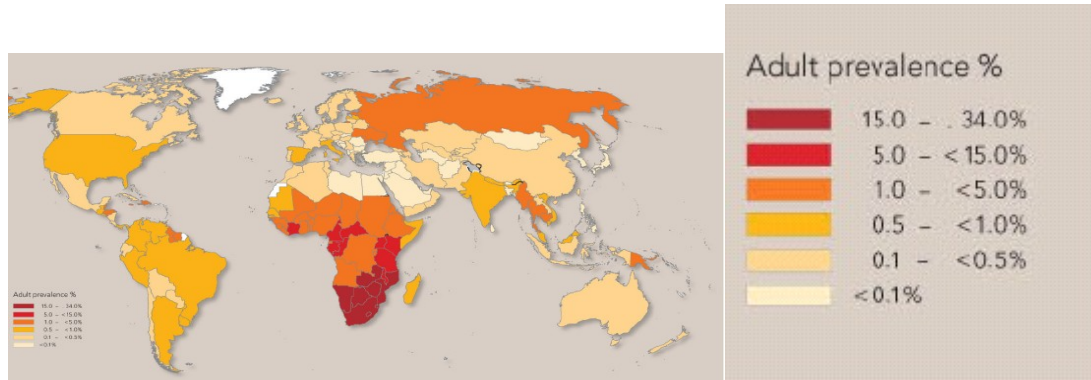
Los datos sobre la magnitud de las ITS en Latinoamérica son limitados, sin embargo entre los adolescentes mexicanos, la evidencia muestra que se trata de un importante problema de salud pública. Un estudio llevado a cabo con adolescentes escolarizados de entre 11-24 años en el estado de Morelos encontró una prevalencia de herpes simple tipo 2 (VHS 2) de 5.7% en promedio, con 9.2% en el caso de las mujeres estudiantes de secundaria, en tanto que otro estudio con adolescentes de 15-21 años en localidades urbanas pequeñas encontró una prevalencia de VHS 2 de 11% entre los sexualmente activos. (13) Por otra parte, se ha documentado una prevalencia de 18% del virus del papiloma humano en mujeres menores de 25 años.

En el 2006 se estimó que anualmente ocurren alrededor de 33 millones de casos nuevos de infección de transmisión sexual a nivel mundial; alrededor de 85% de estos casos ocurre en países en desarrollo. (14)

En el año 2006 vivían con el VIH 39 millones de personas a nivel mundial, calculándose 11.000 nuevas infecciones cada día por el virus, el 95% ocurre en el tercer mundo, y corresponde casi el 50% a mujeres y lo más lamentable es que 1500 corresponden a menores de 15 años.

La enfermedad de inmunodeficiencia adquirida se conoció en 1981, el virus causante fue aislado en 1983. En esa época afectaba a varones homosexuales, actualmente la pandemia no discrimina el sexo.

Las vías de transmisión identificadas son la vía sexual, vertical, por transfusiones y por el uso de drogas inyectables a través del uso de agujas contaminadas.



Fuente: informe Mundial del SIDA 2006

#### Prevalencia:

- África Subsahariana de 0.5% a 24.1% (mayor Prevalencia en Botsawa)
- Este de Asia de < de 0.1% a 1.1% (mayor en China, en ésta se está expandiendo la epidemia).
- Oceanía: de 0.1% a 1.8% (Mayor y en expansión en Nueva Guinea).
- Sur y Sureste Asiático: de <0.1% a 0.9% (Mayor en la India).
- Europa Oriental y Asia Central de <0.1% a 1.3% (Mayor y en expansión en toda la región, es mayor en Latvia).
- Europa del Oeste y Europa Central: de <0.1% a 0.6% (mayor en España).
- África del Norte y Medio Oriente: de <0.1% a 1.6% (mayor en Sudan).
- Norteamérica: en Canadá es de 0.3% y en EEUU de 0.6%
- Caribe: de 0.1% (Cuba) a 3.8% (Jamaica).
- Latinoamérica: de 0.1% (Bolivia) a 2.4% (Guyana). Brasil tiene una prevalencia de 0.5%, Argentina de 0.6%, Colombia de 0.6%, El Salvador de 0.9%, Guatemala de 0.9%, Panamá de 0.9%, Venezuela de 0.7%, y México, Costa Rica, Ecuador, Chile tienen una Prevalencia de 0.3% Según el informe de ONUSIDA del año 2006.





Tomando en cuenta que las cifras de nuevas infecciones de transmisión sexual se incrementan cada año en el tercer mundo y que afectan cada vez con mayor fuerza a los adolescentes es urgente impulsar intervenciones educativas que sean efectivas no solo en el incremento de conocimientos sobre las mismas sino que tengan impacto en el cambio de comportamientos, a fin de que los adolescentes y los jóvenes adopten comportamientos seguros.

La infección VIH/SIDA, es vista actualmente como una amenaza para la seguridad humana y nacional como así lo ha considerado el consejo de seguridad de las Naciones Unidas (6), es así mismo urgente plantear propuestas educativas en prevención a las poblaciones militares debido a su vulnerabilidad frente al VIH/SIDA en razón de algunas de sus características socioculturales y por ser poblaciones móviles son susceptibles a adoptar conductas de riesgo en el plano sexual (16, 17, 18, 19).

La ONUSIDA, registro en el 2007 unos 2,7 millones de nuevas infecciones, constituyendo un total de 33.2 millones de personas que vivían con el VIH/SIDA, de los cuales 30.8 millones eran adultos. Mientras tanto la incidencia en América Latina del VIH en el 2007 fue de 100 000, lo que eleva a 1,6 millones el número de total de personas que viven con el VIH en esta región.

En el Ecuador los casos notificados de VIH/Sida en el 2006, la razón de genero hombre: mujer se sitúa en 1.5: 1 respectivamente. La razón heterosexual/bi y homosexual pasó de 0.5 en 1990 a 4.4 en el 2006. Indicando un incremento de casos de VIH en la población heterosexual.

En relación con la edad, hay un mayor porcentaje entre las edades de 25 a 29 años con un 27.5 % en el año 2006 de infectados por VIH. Según la OPS el 20 % de adultos jóvenes y adolescentes sexualmente activos contraen una ITS cada



año. En Ecuador el 60 % usó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual. El 30.7 % usa condón siempre y el 69,3 % lo usa a veces. (20)

De acuerdo a la distribución de casos notificados de VIH/ Sida en las provincias del Ecuador se indica que las ciudades que mayor porcentaje de infecciones tienen esta Guayas (55,4 %), Pichincha (18,7%), El Oro (6.1%), y Los Ríos (3.9%). En el Azuay se presentan 1.23%. (21)

No se encuentran en la bibliografía datos específicos de indicadores de conocimientos evaluados en nuestro país a excepción de un estudio realizado en Santo Domingo de Los Colorados; con respecto al Ecuador no existen datos sobre indicadores de conocimientos en la población sobre prevención de las ITS y VIH/SIDA, lo que refleja que en nuestro país no se han realizado esfuerzos en prevención bajo una línea programada como una política de Estado.

Por qué deben hacerse programas de prevención de las ITS y VIH/sida:

En diversos países, las tendencias favorables en la incidencia de la infección VIH se relacionan con programas de prevención y cambios de comportamiento (22). Las modificaciones en la incidencia, junto con la mayor mortalidad por SIDA, han provocado la nivelación de la *prevalencia* mundial del VIH (la proporción de personas que viven con el VIH/SIDA). África subsahariana, es la región con la mayor incidencia del VIH y de características muy diversas.

Los datos de las últimas encuestas resaltan el impacto desproporcionado de la epidemia de SIDA en las mujeres, sobre todo en África subsahariana, en donde, en promedio, hay tres mujeres VIH-positivas por cada dos varones; entre los jóvenes, esta relación se amplía considerablemente: tres mujeres jóvenes por cada varón del mismo grupo de edad.



Entre las nuevas tendencias más destacables, ONUSIDA resalta, los descensos recientes en la prevalencia nacional del VIH1 en dos países de África subsahariana (Kenya y Zimbabwe), en zonas urbanas de Burkina Faso y también en Haití, en el Caribe, junto con indicios de un cambio significativo de comportamiento (como mayor utilización de preservativos, menos parejas e inicio más tardío de la actividad sexual). Igualmente la OMS señala que en la mayor parte del África meridional, la epidemia se ha estabilizado, pero a niveles muy altos. La prevención realizada desde 1990 en cuatro estados de la India, ha hecho que la prevalencia disminuya.

En Camboya y Tailandia, los descensos han sido uniformes y continuados en la prevalencia del VIH.

La prevalencia, en otros países: China, Indonesia, Vietnam y Papúa Nueva Guinea, está en aumento, y los informes revisados en la bibliografía indican que en Bangladesh y Pakistán existen brotes de la epidemia. En Europa oriental y Asia central la Prevalencia es mayor en encuentra en Ucrania y la Federación de Rusia, que tiene la mayor epidemia de SIDA de toda Europa. En los Estados Unidos y en algunos países de Europa la epidemia ha reaparecido entre varones que tienen relaciones sexuales con varones; la epidemia en varones que tienen sexo con hombres es oculta en América Latina y Asia.

Se plantea que aquel individuo que haya tenido una ITS tiene 6 veces mayores posibilidades de enfermar de SIDA (23). En países como Mongolia la reciente liberalización de la sociedad ha influido considerablemente en el comportamiento de los adolescentes. Según la encuesta sobre salud reproductiva, el 9% de los adolescentes de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años han empezado a procrear. Este índice alcanza el 25% en el grupo de adolescentes con 19 años.



Los esfuerzos de prevención del VIH entre los jóvenes siguen siendo insuficientes, aunque en varios países hay indicios de cambios de comportamientos. La meta para el 2005 era que el 90% de los jóvenes estuviera bien informado sobre el SIDA, las encuestas ponen de manifiesto que menos del 50% de jóvenes lo están.

Las mujeres jóvenes están menos informadas que los varones. Un resultado alentador es que el porcentaje de jóvenes que tienen relaciones sexuales antes de los 15 años ha disminuido y el uso del preservativo ha aumentado según el informe de ONUSIDA del 2006.

No se encuentran en la bibliografía datos específicos de indicadores de conocimientos evaluados en nuestro país a excepción de un estudio realizado en Santo Domingo de Los Colorados; con respecto al Ecuador no existen datos sobre indicadores de conocimientos en la población sobre prevención de las ITS y VIH/SIDA, lo que refleja que en nuestro país no se han realizado esfuerzos en prevención bajo una línea programada como una política de Estado.

## 1.1 JUSTIFICACIÓN

Es primordial la facilitación de conocimientos en ITS y VIH/SIDA a los estudiantes de la Universidad de Cuenca de la Facultad de Artes por:

- ❖ Ser un grupo vulnerable a las ITS y VIH/SIDA por la falta de conocimientos sobre estos temas.
- ❖ Diversos estudios realizados a nivel mundial concuerdan que los jóvenes tienen un alto riesgo de contraer ITS y VIH/SIDA
- ❖ Es de importancia conocer las prácticas sexuales de los estudiantes para desarrollar un esquema que sea de ayuda para reforzar sus falencias en estos temas.



- ❖ El VIH es una amenaza no solamente para los estudiantes sino también para su familia y su comunidad.
- ❖ Para tratar de disminuir las tasas de incidencias de las ITS y VIH/SIDA debido al aumento significativo en la notificación de infectados de estas enfermedades en los últimos tres años, con el aumento de la prevención.
- ❖ Hay datos estadísticos del país donde se observa que existe una tendencia a iniciar las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas.
- ❖ En la adolescencia las relaciones sexuales están sujetas a influencias externas que favorecen una disminución del control de la situación y una mayor vulnerabilidad, entre estas, está el consumo de alcohol y drogas, el no disponer de preservativos, la dificultad para una efectiva comunicación sexual, baja percepción de riesgo, etc.
- ❖ La educación sexual en el sistema educativo ecuatoriano aun debe fortalecerse, siendo necesaria la promoción de la salud sexual y educación sexual de forma continua.

Sin embargo también existen prácticas, creencias y actitudes que se desarrollan dentro del círculo juvenil que desmoronan todo aquello que se ha hecho en pro de la prevención de las ITS y VIH/SIDA.

El mismo hecho de la juventud crea expectativas y curiosidades de experimentar ciertos riesgos que pueden incluso frustrar sus vidas por completo.

Esta investigación es viable, puesto que se cuenta con una población susceptible a ser investigada, se dispone de recursos necesarios y existe la predisposición del equipo para llevarla a cabo.



## CAPITULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Conceptos relacionados con la sexualidad y salud sexual

Para empezar se brindarán una serie de conceptos relacionados con la sexualidad brindados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). (Promoción de la salud sexual OPS, 2000) (1)

**Sexo.** Se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos. (1)

**Sexualidad.** El término se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. Sin embargo, en resumen, la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos. (1)

**Salud sexual.** Es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen. (1)

**Género.** El género es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. El género, tal como ha existido de



manera histórica, transculturalmente, y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer. (1)

**Identidad de género.** Define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un autoconcepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género. La identidad de género determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia. (1)

**Orientación sexual.** Es la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual. La orientación sexual puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos. (1)

**Identidad sexual.** Incluye la manera como la persona se identifica como hombre o mujer, o como una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona. Es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales. (1)

**Erotismo.** Es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo, y, que por lo general, se identifican con placer sexual. El erotismo se construye tanto a nivel individual como social con significados simbólicos y concretos que lo vinculan a otros aspectos del ser humano. (1)

**Vínculo afectivo.** Es la capacidad humana de establecer lazos con otros seres humanos que se construyen y mantienen mediante las emociones. El vínculo afectivo se establece tanto en el plano personal como en el de la sociedad mediante significados simbólicos y concretos que lo ligan a otros aspectos del ser humano. El amor representa una clase particularmente deseable de vínculo afectivo. (1)



**Actividad sexual.** Es una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente. La actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan el erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual. (1)

**Prácticas sexuales.** Son patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia como para ser predecibles. (1)

**Relaciones seguras sin riesgo.** La expresión se emplea para especificar las prácticas y comportamientos sexuales que reducen el riesgo de contraer y transmitir infecciones de transmisión sexual, en particular el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). (1)

**Comportamiento sexual responsable.** Se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar. La persona que practica un comportamiento sexual responsable no pretende causar daño y se abstiene de la explotación, acoso, manipulación y discriminación. Una comunidad fomenta los comportamientos sexuales responsables al proporcionar la información, recursos y derechos que las personas necesitan para participar en dichas prácticas. (1)

## **2.2 Algunas definiciones de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) o Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)**

En la década de 1970 se produce un vuelco al clásico concepto de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) debido al incremento de las relaciones sexuales a nivel mundial al ser introducido por la medicina numerosos anticonceptivos. Se puede afirmar que dentro de la población se usa indistintamente las terminologías de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) pero en el ambiente de los profesionales de la Salud el término correcto es el segundo, ya que se puede estar infectado y no enfermo. (1)

De manera que "el control de las infecciones o Enfermedades de Transmisión Sexual es fundamental para mejorar la salud sexual y reproductiva de la población.





Entre las estrategias de intervención que han demostrado ser eficaces para su control es básica la búsqueda, detección, el manejo precoz y eficaz de los casos, al permitir no solo la prevención secundaria a nivel individual, sino también la prevención primaria a nivel colectivo; adicionalmente, el tratamiento precoz y eficaz de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) previene la propagación del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)". (Col, Artículo: Guía de atención ETS, 2000) (1)

"Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) son todas aquellas infecciones que se transmiten principalmente a través del contacto sexual, fundamentalmente durante las relaciones sexuales penetrativas de pene o lengua a vagina, ano, o cavidad oral. Algunas también son transmitidas de madre a hijo, durante la gestación, el parto, o la lactancia, y/o a través del contacto sanguíneo. Su transmisión sexual ocurre cuando se presenta un comportamiento sexual de riesgo, el cual puede definirse como el antecedente de por lo menos UN contacto sexual penetrativo sin protección (sin uso de condón) con una persona de la cual se ignora si tiene o no una enfermedad de transmisión sexual (ETS), o se conoce que la tiene". (Col, Artículo: Guía de atención ETS, 2000) (1)

"Se denominan enfermedades de transmisión sexual (ETS) a aquellas que se propagan principalmente, aunque no de forma exclusiva, durante las relaciones sexuales. Son producidas por una serie de agentes patógenos que sólo tienen en común: (1)

1. **Forma de transmisión:** siempre a través de otra persona infectada (afectan exclusivamente a la especie humana)
2. **Labilidad al medio ambiente:** no sobreviven a los cambios bruscos de temperatura y humedad.
3. La mayoría de los tratamientos médicos permiten la curación, pero no garantizan la inmunidad (se puede volver a contraer la enfermedad).
4. Las personas con enfermedades de transmisión sexual (ETS) suelen minimizar la importancia de su enfermedad, por lo que es difícil que cumplan tratamientos largos. (1)



5. Es necesario diagnosticar y tratar simultáneamente a las parejas sexuales para evitar nuevas infecciones y transmisiones de la enfermedad“. (Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual, 2000)

Este tipo de enfermedades aparte de acabar con la vida propia de una persona termina con la de otros que pudieron ser contagiados inconscientemente, la familia que vive al lado del enfermo sus últimos días, quienes en última instancia son las verdaderas víctimas. (1)

“Conocer las formas de contagio (sexualmente) evitará que se den más casos de jóvenes que ni siquiera alcanzan la edad adulta porque mueren antes de llegar a ella y mejor aún saber cuáles son las formas de prevenirlas. Por lo tanto los jóvenes cubanos de hoy deben educarse bien en lo relativo a este tema ya que las enfermedades con el correr de los años se han proliferado y se necesita que haya más personas entendidas en el tema para poderlo combatir de forma eficaz“. (Henry Colindres F, 1997) (1)

Antes también se llamaban enfermedades venéreas. La denominación de venérea le viene de Venus, la diosa griega del amor, y su antigüedad y origen constituyen una de las controversias clásicas en la historia de la medicina. “Contrair una enfermedad venérea no es un motivo para avergonzarse y ocultarlo. Todo lo contrario: conviene ir cuanto antes al médico especialista cuando se manifiestan los primeros síntomas. Algunas enfermedades pueden tener consecuencias irreversibles si no se atajan a tiempo“. (Informe de la Comisión sobre Tráfico de Mujeres y niños, 2002) (1)

Se puede decir que las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un gran grupo de infecciones en los humanos producidas por diferentes agentes etiológicos que tienen en común que su principal vía de transmisión son las relaciones sexuales. Este hecho le confiere especial connotación de que para su control se necesita conocer y actuar sobre las relaciones y conductas sexuales del ser humano, aspecto de la vida en que muchas personas no están de acuerdo que se inmiscuyan. (1)



## 2.3 Clasificación de las Enfermedades de Transmisión Sexual

Para su estudio se han dado una serie de clasificaciones de las infecciones de transmisión sexual (ITS). Se mostrarán solo dos de ellas. La primera más antigua y la segunda la más actual que se utiliza en el trabajo. (1)

“Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) se clasifican en:

**Enfermedades venéreas clásicas:** sífilis y gonorrea (las más frecuentes), chancro blando, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal (menos frecuentes).

Afecciones uroanogenitales de diferente origen (uretritis, vaginitis, vulvitis, cervicitis, prostatitis y colitis) provocadas por diferentes microorganismos (cándidas las más frecuentes, chlamydias, trichomonas, gardnerellas, mycoplasmas y enterobacterias). (1)

**Virus de transmisión sexual como son:** el herpes genital, condilomas (HPV), moluscum, hepatitis A-B-C y D, virus de Epstein-Barr, citomegalovirus y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) / síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). (1)

**Parásitos:** sarna (escabiosis) y *Pediculus pubis* (ladillas)

**Otras:** Shigelosis, Salmonelosis, Campilobacteriosis, Listeriosis, Meningococemia, *Helicobacter Pylarim*, Criptosporidiosis, Donavanosis, Virus del Herpes simple, Molusco contagioso, Candidiasis, Trichomoniasis, Amibiasis, Giardiasis. (1)

“Otra clasificación de las Infecciones de Transmisión Sexual dada por el centro de prevención y atención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en Villa Clara es la siguiente:

- Clasificación general de los microorganismos productores de infecciones de transmisión sexual (ITS) (1)
- Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) / síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (1)



- Principales Síndromes de las infecciones de transmisión sexual (ITS) Asociados a la Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) “(Cruz Ferrer, Barales Luís, Fuentes Lisnoris, 2007) (1)

De aquí que se pueda hacer una Clasificación general de los microorganismos productores de infecciones de transmisión sexual (ITS) y los principales Síndromes de las infecciones de transmisión sexual (ITS) Asociados a la Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) como:

- **Bacterias:**

1. *Neisseria gonorrhoeae*.
2. *Chlamydia trachomatis*.
3. *Treponema pallidum*.
4. *Haemophilus ducreyi*.
5. *Mycoplasma hominis*.
6. *Ureaplasma urealyticum*.
7. *Calymmatobacterium granulomatis*.
8. *Shigella* sp.
9. *Campylobacter* sp.
10. *Streptococcus* grupo B.
11. *Gardnerella vagynalis*.
12. *Mobiluncus* sp.

- **Virus:**

1. Virus del Herpes Simple.
2. Citomegalovirus.



3. Virus Epstein-Barr (VEB).
4. Virus de la Hepatitis B.
5. Virus de la Hepatitis C.
6. Papilomavirus humano (PVH).
7. Virus del molusco contagioso.
8. Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

- **Protozoarios:**

1. Entamoeba histolytica.
2. Giardia lamblia.
3. Trichomona vaginalis.

- **Hongos:**

1. Candida albicans.

- **Ectoparásitos:**

1. Phthirus pubis.
2. Sarcoptes scabiei.
3. Bacterias piógenas. (1)

## **2.4 INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL**

### **2.4.1 URETRITIS NO GONOCÓCICA Y CERVICITIS CLAMIDIAL**

La uretritis es un síndrome caracterizado por secreción uretral mucopurulenta o purulenta y/o disuria, aunque puede ser asintomática. Habitualmente (aunque no siempre) es transmitida por contacto sexual. Es la ETS más frecuente en el varón. Se clasifican en uretritis gonocócica (UG) y uretritis no gonocócica (UNG), según



se aísle o no *N. gonorrhoeae*, aunque también puede tener etiología no infecciosa. (42)

La cervicitis es el equivalente femenino, y se caracteriza por la inflamación y secreción de la mucosa endocervical. Se estudian de forma conjunta, ya que la co-infección es frecuente, y se aconseja que el tratamiento cubra los patógenos más frecuentes. (42)

Puede deberse a:

- *N. gonorrhoeae* (25%)
- *Chlamydia trachomatis*, serotipos D-K (15-55%)
- *Ureaplasma urealyticum* / *Mycoplasma hominis* / *M. genitalium* (10-40%)
- Otros:
  - *Trichomonas vaginalis* (4%)
  - Herpes simplex
  - *Haemophilus*
  - Hongos
  - Adenovirus
  - Enterobacterias (sobre todo en práctica de coito anal en papel de activo)
  - Flora orofaríngea (práctica de sexo oral)
  - Causas no infecciosas: traumática, autoinmune, alérgica, ...
  - Agente desconocido (hasta un 25%)

## Clínica

**En varones:** La infección es asintomática en el 1-3% de varones con gonococia y hasta en el 50% con *chlamydia*. (42)

- Secreción uretral (80%) mucosa, mucopurulenta o francamente purulenta, escasa o abundante, que a veces es sólo evidente tras expresión uretral (purulenta y abundante más frecuentemente en gonococia).
- Disuria (50%), polaquiuria, piuria.



- Irritación de la uretra distal y/o meato.
- Dolor irradiado a epidídimo
- Pueden existir síntomas ano-rectales (dolor, tenesmo) en práctica de coito anal, o síntomas faríngeos inespecíficos ante práctica de sexo oral, aunque más del 90% de afecciones faríngeas son asintomáticas.

**En mujeres:** Hasta el 80% de mujeres con infección por *Chlamydia* y 50% por gonococo pueden estar asintomáticas. (42)

- Flujo vaginal (frecuentemente coexisten cervicitis y vaginitis)
- Dolor abdominal hipogástrico (5-25%), que puede hacer sospechar Enfermedad Inflamatoria Pélvica.
- Sangrado inter-menstrual o postcoital (cérvix inflamado y friable, que puede sangrar al contacto).
- Secreción cervical purulenta o mucopurulenta (50%)
- Dispareunia “profunda”
- Disuria, polaquiuria, poco común (clínica similar a una cistitis). Una piuria con cultivo de orina negativo en una mujer sexualmente activa puede deberse a una uretritis(42)

## Diagnóstico

**Diagnóstico de uretritis/ cervicitis gonocócica.** Período de incubación de 2 a 7 días.

- *Tinción de Gram de la secreción*, obtenida de la uretra en el varón o del canal endocervical en la mujer (las muestras recogidas de vagina no suelen ser adecuadas). La observación de diplococos Gram-negativos intraleucocitarios nos da el diagnóstico de presunción (sensibilidad >95% y especificidad >99% en varones; sensibilidad de 45-85% y especificidad de 90% en mujeres). La presencia media de 5 ó más leucocitos PMN/campo (a 1.000x) en el frotis ó 10 ó más PMN en muestra de primera orina (tras un período sin micción de al menos 4 horas), tras el examen de al menos 5 campos con una alta concentración de leucocitos, sugiere el diagnóstico de uretritis. Algunos autores dan el mismo valor a un resultado positivo para



leucocitos en las tiras reactivas de orina (detección de esterasas leucocitarias); los casos positivos deben ser remitidos para cultivo. (42)

- *Cultivo* (método de elección) de la secreción uretral o cervical, o de la primera orina. Incluir muestra faríngea y/o rectal, en los casos en que se considere oportuno por la historia sexual. Remitir las muestras antes de 24 horas. Permite la realización de antibiograma. (42)
- *Enzimoinmunoanálisis* (EIA), puede realizarse en muestra de orina.
- *Métodos de detección de ADN* (PCR –Polimerase Chain Reaction–, LCR –Ligase Chain Reaction–), si no está disponible el cultivo o se retrasa el transporte de la muestra. Sólo están disponibles en algunos centros. (42)

**Diagnóstico de uretritis/cervicitis por *Chlamydia*.** Período de incubación de 2 a 6 semanas. La infección asintomática es frecuente, tanto en hombres como en mujeres.

- *Cultivo*. La muestra debe incluir células epiteliales, ya que *Chlamydia* es un parásito intracelular obligado; el pus no contiene gérmenes suficientes. En varones, introducir la torunda 1-2 cm. En la uretra, rotar y extraer; en mujeres, es preferible la toma endocervical.
- *Métodos de detección de ADN*: sensibilidad de 98-100%. Puede realizarse en una muestra de orina, e incluso se recomienda, sobre todo en varones, por su mayor sensibilidad. Son técnicas caras, no al alcance de todos los laboratorios.
- *Métodos de detección de antígenos* (sensibilidad 70-90%, especificidad 96-100%): Inmunofluorescencia directa, Enzimoinmunoanálisis (EIA). (42)

## Tratamiento

El tratamiento debe ser iniciado lo más pronto posible tras el diagnóstico de sospecha, y después de la recogida de muestras adecuadas, si es posible. (42)

Se recomienda tratamiento con [Azitromicina](#), en adolescentes mayores de 45 Kg. de peso pueden ser tratados con quinolonas (42)

En caso de infección faríngea se recomienda Ceftriaxona, [Ciprofloxacino](#) u [Ofloxacino](#) [B]. (42)





## Posibles complicaciones

- En varones:
  - Epididimitis / Orquioepididimitis
  - Prostatitis
- En mujeres:
  - Enfermedad inflamatoria pélvica (salpingitis, endometritis). *Chlamydia* causa el 50% de los casos; un 10-20% de gonococias no tratadas pueden producir EIP. La enfermedad, tanto sintomática como asintomática, puede ser causa de estenosis tubárica, que puede desencadenar infertilidad o embarazo ectópico.
  - Perihepatitis, periapendicitis. (42)
- En ambos:
  - Infección gonocócica diseminada (1-2% de gonococias no tratadas): fiebre, artritis, dermatitis, endocarditis, meningitis, ...
  - Síndrome de Reiter: tríada de uretritis, artritis reactiva (inflamación estéril de membrana sinovial, fascia o tendón) y conjuntivitis o uveítis, con o sin lesiones cutáneo-mucosas. Se da con más frecuencia en sujetos con HLA B-27. (42)

### 2.4.2 GONORREA

La gonorrea es una enfermedad de transmisión sexual (ETS), causada por la *Neisseria gonorrhoeae*, una bacteria que puede crecer y multiplicarse fácilmente en áreas húmedas y tibias del aparato reproductivo, incluidos el cuello uterino (la abertura de la matriz), el útero (matriz) y las trompas de Falopio (también llamadas oviductos) en la mujer, y en la uretra (conducto urinario) en la mujer y el hombre. Esta bacteria también puede crecer en la boca, la garganta, los ojos y el ano. (43)

#### Transmisión

La gonorrea se transmite por contacto con el pene, la vagina, la boca o el ano. No es necesario que haya una eyaculación para transmitir o contraer la gonorrea. La gonorrea también puede transmitirse de madre a hijo durante el parto. (43)



Las personas que han tenido gonorrea y han sido tratadas pueden infectarse de nuevo si tienen contacto sexual con una persona que tiene la enfermedad.

## **Clínica**

Aun cuando es probable que muchos hombres con gonorrea no tengan ningún síntoma, en algunos aparecerán signos o síntomas de dos a cinco días después de contraer la infección. Algunos síntomas pueden tardar hasta 30 días en aparecer. Entre los signos y síntomas se encuentran la sensación de ardor al orinar y una secreción blanca, amarilla o verde del pene. Algunas veces a los hombres con gonorrea les duelen los testículos o se les inflaman. (43)

La mayoría de las mujeres con gonorrea no tienen síntomas y, si los tienen, éstos son leves. Incluso cuando tienen síntomas, pueden ser tan poco específicos que se confunden con los síntomas de una infección vaginal o de cistitis. Entre los primeros signos y síntomas en las mujeres se encuentran una sensación de dolor o ardor al orinar, aumento del flujo vaginal y hemorragia vaginal entre períodos. Las mujeres con gonorrea están expuestas al riesgo de tener graves complicaciones por la infección, independientemente de la presencia o gravedad de los síntomas. (43)

Entre los síntomas de infección rectal, tanto en hombres como en mujeres, puede haber secreción, picazón, dolor y sangrado en el ano y dolor al defecar. También es probable que la infección rectal no esté acompañada de síntomas. Las infecciones de la garganta puede que provoquen dolor de garganta, pero por lo general no presentan ningún síntoma. (43)

## **Complicaciones**

Cuando la gonorrea no se trata, puede ocasionar problemas de salud graves y permanentes tanto en hombres como en mujeres. (43)

En las mujeres, la gonorrea es una causa frecuente de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP). Anualmente, cerca de un millón de mujeres en los Estados Unidos contraen EIP. Los síntomas pueden ser bastante leves o muy graves e incluir dolor abdominal y fiebre. Si la EIP no se trata, puede provocar abscesos internos



(pústulas llenas de pus difíciles de curar) y dolor pélvico crónico prolongado. Esta enfermedad también puede causar daños a las trompas de Falopio y producir infertilidad o aumentar el riesgo de un embarazo ectópico. El embarazo ectópico es una afección potencialmente mortal en la cual un óvulo fecundado crece fuera del útero, usualmente en una trompa de Falopio. (43)

En los hombres, la gonorrea puede provocar epididimitis, una afección dolorosa de los conductos de los testículos que si no se trata puede provocar infertilidad. (43)

La gonorrea puede propagarse a la sangre y a las articulaciones. Esta afección puede ser potencialmente mortal. Además, las personas con gonorrea pueden infectarse más fácilmente con el VIH, el virus que causa el SIDA. Las personas infectadas por el VIH que tienen gonorrea pueden transmitir el VIH con mayor facilidad que las personas que no tienen gonorrea. (43)

### 2.4.3 CHANCRO BLANDO

Producido por *Haemophilus ducreyi* (cocobacilo gramnegativo). Se estima que en un 10% de los casos puede haber infecciones mixtas por herpes o sífilis. (44)

#### Clínica

La combinación de úlcera dolorosa y adenopatía inguinal blanda, que ocurre en un tercio de los pacientes, sugiere el diagnóstico. Cuando se acompaña de adenopatía inguinal supurada, es casi patognomónico. (44)

#### Diagnóstico

El diagnóstico clínico de presunción viene definido como la presencia de una o más úlceras no dolorosas más: (44)

- Ausencia de *T. Pallidum* (determinado por campo oscuro o por serología, al menos 7 días tras el inicio de los síntomas) ó



- Negatividad de test para herpes virus y aspecto de las úlceras y adenopatía, si existe, sugestivo de chancroide. (44)

Tinción de Gram: visión de cocobacilos gramnegativos, a veces formando cadenas (sensibilidad 50%).(44)

Cultivo de la base de la úlcera o del aspirado ganglionar (sensibilidad 60-80%)

Técnicas de detección de antígenos (IF, EIA)

Técnicas de detección de ADN (sensibilidad 95%).(44)

### **Tratamiento**

El tratamiento de elección es azitromicina, sin embargo puede tratarse de forma alternativa con ciprofloxacina, ceftriaxona, eritromicina, norfloxacin y espectinomicina.

La adenopatía fluctuante debe ser drenada mediante incisión o aspiración repetida (44)

### **2.4.4 LINFOGRANULOMA VENÉREO**

Producido por *Chlamydia trachomatis*, serotipos invasivos  $L_1$ ,  $L_2$  o  $L_3$ . Poco frecuente. (44)

### **Clínica**

Adenopatía inguinal o femoral blanda, abscesificada, generalmente unilateral. Ocasionalmente úlcera genital autolimitada en el lugar de inoculación, a menudo ausente en el momento de la consulta. (44)

Los pacientes homosexuales y algunas mujeres pueden padecer una proctocolitis, con participación del tejido linfóide peri-rectal, que puede llegar a fistulizar. (44)

### **Diagnóstico**



El diagnóstico es difícil, y no está al alcance de todos los laboratorios. (44)

Cultivo del aspirado de la adenopatía o del fondo de la úlcera (sensibilidad 75-85%).

*Serología (varias técnicas).*

Métodos de detección de antígenos: Enzimoimmunoanálisis, Inmunofluorescencia directa. (44)

Métodos de detección de ADN: PCR, LCR.

### **Tratamiento**

El tratamiento ha de ser precoz, y debe prolongarse al menos 3 semanas, para evitar la cronificación. El medicamento de elección es la Doxicilina, como alternativos están la Eritromicina y la Azitromicina. En ocasiones son necesarios varios ciclos de tratamiento, alternando los antibióticos. (44)

La adenopatía debe ser aspirada o drenada, mediante incisión.

Los pacientes con lesiones fibróticas o fístulas pueden requerir tratamiento quirúrgico.

**Tratamiento de las parejas sexuales.** Descartar infección por Chlamydia en exudado uretral o cervical, o realizar tratamiento empírico, en contactos sexuales de los 60 días previos al inicio de los síntomas.

**Seguimiento.** Hasta la resolución clínica (3-6 semanas). (44)

### **2.4.5 SÍFILIS**

La sífilis o lúes es una compleja enfermedad sistémica producida por la espiroqueta *Treponema pallidum*, en la que virtualmente todos los órganos pueden verse afectados, habiéndose llegado a definir como “la gran imitadora”, o “la gran impostora”. El contagio se produce tras contacto sexual con sujeto infectado



durante la fase primaria y secundaria (riesgo de contagio tras exposición sexual de alrededor del 30%), o por vía transplacentaria (sífilis congénita); raramente por vía hematológica. El germen penetra en la piel, habitualmente a través de una abrasión, aunque también puede hacerlo a través de la piel o mucosa intactas, se multiplica, y, mediante la vía linfática o hemática, alcanza diversos órganos. El hombre es el huésped y vector natural de *T. pallidum*. Actualmente la sífilis está íntimamente relacionada con la infección por VIH, y parece ser que ambas infecciones pueden mutuamente potenciarse; la coinfección puede alterar la interpretación de las pruebas de cribado y de confirmación, así como el seguimiento postratamiento. (44)

### **Clínica (historia natural de la enfermedad no tratada)**

Momento de la infección. Período de incubación, alrededor de 28 días (límites 10-90 días).

- *Sífilis primaria* (chancro sífilítico); dura 1-6 semanas, y se localiza preferentemente en pene y labios mayores, aunque un 5% pueden tener otras localizaciones, según las prácticas sexuales (en homosexuales varones puede simular la clínica de una fisura anal, pero con presencia de inflamación y adenopatías inguinales bilaterales). Cura espontáneamente. (44)
- Período asintomático, de 6 semanas a 6 meses, tras el cual puede aparecer:
- *Sífilis secundaria* (50% de los pacientes; el otro 50% pasa directamente a fase latente). Suele haber fiebre, mialgias, malestar general y linfadenopatías generalizadas (70-90%). El 80% desarrollan afectación mucocutánea, con aparición de exantema maculopapuloso, con collarite de descamación periférica de las lesiones, de inicio en tronco y diseminación posterior, pudiendo afectar a cara, palmas y plantas; el exantema dura de varias semanas hasta un año. El exantema papuloso puede afectar a mucosas (placas mucosas), cuero cabelludo (alopecia en placas), zonas intertriginosas (condilomas planos, lesiones muy contagiosas por la alta



presencia de treponemas); pueden producirse también hepatitis, periostitis, glomerulonefritis, etc. (44)

- *Sífilis latente*, período asintomático de duración variable, sólo diagnosticable por serología.
  - Precoz, menos de 1 año desde el inicio.
  - Tardía, más de 1 año desde el inicio, o duración desconocida.
- *Sífilis terciaria* (aproximadamente un tercio de los pacientes no tratados en fases anteriores), con lesiones destructivas, que pueden aparecer a los 2 a 40 años tras la primoinfección. Se dan tres tipos principales de afectación:
  - Neurosífilis: tabes dorsal, parálisis general progresiva, trastornos psiquiátricos, sífilis meningovascular (afectación de pares craneales VI, VII y VIII), pupila de Argyll-Robertson, atrofia óptica, uveítis.
  - Sífilis cardiovascular: aortitis sífilítica, aneurisma, insuficiencia aórtica por dilatación del anillo valvular. (44)
  - Gomas: nódulos o placas inflamatorias con destrucción local, que afectan sobre todo a hueso y piel, pero pueden afectar a cualquier órgano. (44)

## Diagnóstico

### 1. Demostración de *T. pallidum* (diagnóstico de certeza)

- Visión microscópica directa, en “campo oscuro” (o contraste de fases) de una preparación en fresco del líquido exudado de la base de la úlcera al ser exprimida entre los dedos (limpiar previamente la superficie con suero salino). Se observan espiroquetas con movimiento en sacacorchos sobre su eje longitudinal, de 10-20 µm de longitud y 0,1 micras de grosor. Hasta un 20-50% pueden resultar negativos (es conveniente realizar la prueba 3 días consecutivos antes de considerarla negativa). No sirve para lesiones orales, debido a la presencia de espiroquetas saprofitas indistinguibles morfológicamente de *T. pallidum*. (44)
- Inmunofluorescencia directa (no requiere examinarse en el momento de la toma, y es más específico). (44)
- Pruebas de detección de ADN (PCR).



Las dos últimas son útiles para lesiones orales. No es posible el cultivo.

## 2. Pruebas serológicas (diagnóstico de presunción)

- Pruebas no treponémicas (inespecíficas). Detectan reaginas (IgM e IgG). Son útiles para el cribado. Se negativizan tras el tratamiento (3-12 meses para RPR), por lo que son útiles para el seguimiento y la detección de recidivas; sus títulos suelen correlacionarse con la actividad de la enfermedad. Es necesario un cambio del cuádruplo del título (p. Ej. de 1:16 a 1:4 ó de 1:8 a 1:32) para considerarlo relevante. (44)
  - VDRL (Venereal Disease Research Laboratory). Sensibilidad 76%. Los porcentajes de positividad en las distintas fases son: 5% en sífilis primaria, 100% en sífilis secundaria, 95% en sífilis latente precoz y 70% en sífilis latente tardía y terciaria. (44)
  - RPR (Rapid Plasma Reagin), más sencilla y económica.
  - Pueden presentarse falsos positivos (10%) en caso de:
    - Causas infecciosas: mononucleosis infecciosa, neumonía neumocócica, tuberculosis, hepatitis vírica, infecciones por Mycoplasma, reacciones cruzadas con otras enfermedades por treponemas (pinta y bejel, en países centroamericanos y caribeños). Suelen retornar a la normalidad antes de 6 meses (falsos positivos “agudos”). (44)
    - Causas no infecciosas: edad avanzada, conectivopatías (LES), embarazo, mieloma, neoplasias, lepra, adictos a narcóticos, etc. Persisten más de 6 meses (falsos positivos “crónicos”).
- Pruebas treponémicas (específicas). Sirven para la confirmación de un resultado positivo de las pruebas no treponémicas (44)
  - FTA-ABS (Fluorescent Treponemal Antibody Absortion). Sensibilidad 85% en sífilis primaria, y cercana al 100% en otras fases, con especificidad del 96%.
  - EIA (Enzyme ImmunoAssay): detecta IgM a partir de la 2ª semana e IgG a partir de la 4ª-5ª semana de la primoinfección.
  - TP-PA (Treponema Pallidum Particle Agglutination)





- TPI (Test de Nelson), inmovilización de *Treponema pallidum*, altamente específico, pero que se usa sólo en investigación, por su dificultad técnica.
- MHA-TP (Micro Hemagglutination for *Treponema Pallidum*)

También puede haber falsos positivos (1%) en caso de reacciones cruzadas con otros tipos de treponema, herpes genital, mononucleosis, LES, tiroiditis, etc. Siempre se deben repetir los test positivos para confirmar el resultado. Persisten positivas después del tratamiento, a menudo de por vida (aunque un 15-25% de pacientes tratados durante la fase primaria pueden negativizarse a los 2-3 años del tratamiento), por lo que no son útiles para el seguimiento; sus niveles no se correlacionan con la actividad de la enfermedad. (44)

## Tratamiento

Se lo realiza mediante la utilización de Penicilina G Benzatina y como tratamiento alternativo con doxiciclina, eritromicina, azitromicina y ceftriaxona.

Las parejas sexuales de los últimos 90 días de un paciente diagnosticado de sífilis primaria, secundaria o latente precoz deben considerarse posiblemente infectados, incluso si son seronegativos, por lo que deben ser tratados.

Las parejas estables de un paciente diagnosticado de sífilis tardía deben ser evaluadas clínica y serológicamente. (44)

### 2.4.6 TRICOMONIASIS

Causadas por *Trichomona vaginalis*, un protozoo que se contagia fundamentalmente por transmisión sexual. Es habitualmente asintomática en el varón y supone el 20% de todas las vulvovaginitis. (45)

## Clínica



Aunque puede ser asintomática, suele haber flujo abundante, espumoso, maloliente y amarillo-verdoso, que cursa con prurito vulvovaginal, dispareunia y disuria. Estos síntomas se acrecientan con la menstruación. Es característico el "cérvix de fresa" y el eritema vaginal. (45)

### Diagnóstico

Una toma de fondo de saco vaginal y cuello (y/o uretra del hombre y mujer) diluida en suero fisiológico sobre un porta permite la visualización de tricomonas (en movimiento cuando tiene flagelo, o inmóvil en no flagelado) y de leucocitos en un 50% de los casos. El pH es mayor de 4,5. Cuando no se pueden visualizar tricomonas y existe una sospecha clínica clara puede recurrirse al cultivo, método más sensible y específico de diagnóstico, que se realiza en medio específico de Diamond. (45)

### Tratamiento

El tratamiento específico se realiza con [Metronidazol](#) o [Tinidazol](#). Las pacientes deben evitar alcohol hasta 24 h después del tratamiento con [Metronidazol](#) y hasta 72 horas después del tratamiento con [Tinidazol](#). (45)

Debe recomendarse el tratamiento de la pareja además de abstención de relaciones sexuales mientras no finalice el tratamiento y la pareja no esté asintomática. El tratamiento de las parejas sexuales, puede aumentar las tasas de curación. (45)

### 2.4.7 HERPES

El herpes genital (HG) es una infección viral común causada por el Virus Herpes Simple (VHS). Existen dos tipos de este virus: los tipos 1 y 2. Aunque ambos pueden expresar las mismas lesiones, el VHS-2 está más asociado con lesiones genitales y el VHS-1 con lesiones orales; sin embargo, el 1 puede infectar el área genital y el 2 la cavidad oral. (44)



La prevalencia de la infección por VHS-2 varía en todo el mundo. Alrededor del 25% de los norteamericanos adultos, en comparación con alrededor del 4-14% de los europeos y australianos, están infectados con el virus. La proporción de herpes genital debido a la infección por VHS-1 es alta o va en aumento en muchos países (Inglaterra, Escocia, EE.UU. Dinamarca, Holanda, Japón). En Nueva Zelanda, país de alta prevalencia, se estima que 1 de cada 5 personas podrían haber tenido contacto con el virus herpes, pero en el 80% de ellos estará asintomático o padecerá manifestaciones inespecíficas. Además, el 14% de las personas son seropositivas frente al VHS-2 y el 25-30% del herpes genital es causado por el HSV-1, aunque los casos recurrentes suelen ser causados por HSV-2. (44)

La transmisión se produce por contacto directo con el virus, frecuentemente por contacto sexual o por autoinoculación. Así, el virus entra por alguna lesión en la piel como un corte o una herida, o a través de la mucosa. El VHS-2 usualmente se inocula durante el sexo vaginal o anal, mientras que el VHS-1 lo hace vía sexo oral-genital. (44)

## Clínica

Los datos recogidos en la anamnesis y la exploración física son la base del diagnóstico. La localización de las lesiones, en las mujeres, suele ser la vulva y la entrada de la vagina; en los hombres, las lesiones son más comunes en el glande, el prepucio y el cuerpo del pene. A veces las llagas pueden desarrollarse en los testículos. Menos comúnmente, tanto hombres como mujeres, pueden experimentar lesiones alrededor del ano, las nalgas y la parte superior de los muslos. (44)

Hasta un 25% de pacientes con úlceras genitales quedan sin confirmación diagnóstica de laboratorio, a pesar de un estudio exhaustivo. Cuando el diagnóstico es incierto, algunos expertos recomiendan tratamiento para sífilis (o sífilis y chancroide, en zonas de alta incidencia de esta última enfermedad). (44)

1. Infección primaria: aparece tras un período de incubación de 3-14 días. Los síntomas de la infección inicial son los más severos y comienzan con hormigueo, picazón, quemazón o dolor, seguido por la aparición de



dolorosos puntos rojos que en uno o dos días evolucionan hacia una fase de ampollas claras, llenas de líquido, que rápidamente se tornan de color blanquecino-amarillento. Las ampollas se rompen, dejando úlceras dolorosas, que secan, producen una costra y curan en aproximadamente 10 días. Las mujeres particularmente experimentan a menudo dolor al orinar. Durante la 2<sup>a</sup>-3<sup>a</sup> semana aparecen adenopatías inguinales dolorosas. En más del 50% de los casos hay síntomas generales. (44)

2. Primer episodio no primario: ocurre en el paciente con evidencia serológica de infección por VHS-1 ó 2, la cual puede haber sido clínica, en cualquier otra localización excepto la genital, o que ha cursado de manera asintomática. El cuadro clínico es similar pero con sintomatología menos intensa y duradera.
3. Infección recurrente: tras un HG, éste se hace recurrente en más del 50% de casos a partir de los 4-8 meses del brote inicial, con mayor frecuencia si el episodio primario dura más de 30 días. Su sintomatología local es menos intensa que en las otras dos formas. Las lesiones brotan, con una fase prodrómica previa (dolor, disestesias, etc.), en el mismo lugar que las del primer episodio, pero con menor extensión. Surgen pústulas rápidamente, que se erosionan y curan sin dejar cicatriz en 8-12 días (44)

## Diagnóstico

1. Todo primer episodio clínico de HG, debería ser confirmado mediante cultivo viral, prueba de alta sensibilidad y especificidad (>99%). Se debe recoger la muestra directamente de la base de la lesión, firmemente con una torunda de algodón apropiada, para luego conservarla en un medio adecuado a 4° C. Lo ideal es el transporte de la muestra al laboratorio el mismo día, evitando que se congele.
2. Detección de antígenos en la muestra: menos sensible que el cultivo y obtención de la muestra más complicada.
3. Inmunofluorescencia directa.
4. Detección del DNA viral mediante PCR: elevada sensibilidad y especificidad, pero de elevado coste y escasa disponibilidad. Se utiliza en



casos de recurrencias de lesiones genitales, con resultado negativo en el cultivo viral y, clínica típica de HSV.

5. Serología: No es útil en la infección primaria por VHS, debido al retraso en la aparición de anticuerpos, aunque éstos pueden persistir indefinidamente. Existen modernos test serológicos que permiten diferenciar la infección por VHS-1 y 2.
6. Los cambios citológicos (Test de Tzank) son escasamente sensibles (50%) y específicos, y no diferencian el VHS del VVZ (virus varicela zóster). (44)

## **Tratamiento**

El tratamiento del primer episodio es a base de Aciclovir, Valaciclovir o Famciclovir. (44)

## **Seguimiento y posibles complicaciones**

1. Lesiones cutáneas extragenitales: son la complicación más frecuente; suelen aparecer sobre las dos semanas de la enfermedad, y se localizan en glúteos, ingles, muslos y dedos, lo que sugiere un mecanismo de autoinoculación.
2. Complicaciones neurológicas: la más frecuente es la meningitis aséptica. Excepcionalmente puede dar lugar a radiculomielopatía lumbosacra y mielitis transversa.
3. Complicaciones psíquicas: conflictos de relación interpersonal y de pareja.
4. Diseminación hematógena: cursa con afectación cutánea diseminada y/o visceral (meningitis, hepatitis, artritis, neumonitis).
5. Extensión local al resto del tracto urinario, retención urinaria.
6. Carcinoma de cérvix, por lo que es importante un control citológico y colposcópico periódico.
7. Herpes neonatal, por transmisión materno-fetal durante el parto. (44)



#### **2.4.8 VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO GENITAL (VPH)**

El Condiloma acuminado es una enfermedad vírica de la piel caracterizada por el crecimiento de una verruga blanda en los genitales o en la región anal. En los adultos, el trastorno se considera una enfermedad de transmisión sexual, pero en niños el virus aparece o se transmite con o sin el contacto sexual. (46)

Los Condiloma son ocasionados por el virus de papiloma humano (VPH). La infección por VPH es muy frecuente, aunque la mayoría de personas afectadas no tiene síntomas. Entre los factores de riesgo de las verrugas genitales se incluyen las parejas sexuales múltiples, parejas de desconocidos, mal uso del preservativo, y el inicio temprano de la actividad sexual. En niños, aunque el virus puede transmitirse no sexualmente, la presencia de Condiloma debería despertar sospechas de abuso sexual. (46)

#### **Clínica**

- Aparición de tumores sobre los genitales de aspecto verrugoso que han aumentado.
- Lesiones genitales superficiales de aspecto coloreado que han aumentado.
- Úlceras genitales.
- Verrugas anales.
- Crecimientos anormales alrededor del ano o zona genital femenina con forma de coliflor.
- Aumento de humedad en el área de los crecimientos.
- Picor del pene, escroto, área anal, o vulva.
- Aumento de la descarga vaginal.
- Sangrado vaginal anormal (no asociado con el periodo menstrual) después del acto sexual.

#### **Diagnóstico**

Un examen genital da a conocer lesiones en cualquier parte de los órganos genitales externos. En las mujeres, un examen pélvico puede dar a conocer crecimientos sobre las paredes vaginales o en el cuello del útero. El tejido de la



vagina y del cuello del útero puede tratarse con ácido acético para hacer que las verrugas se hagan visibles. (46)

Pruebas adicionales para mujeres: un Papanicolau para ver posibles cambios asociados con el VPH. Una colposcopia para ver lesiones genitales externas o internas que son invisibles a simple vista. (46)

### **Tratamiento**

Los tratamientos tópicos para erradicar las lesiones incluyen: ácido tricloroacético y nitrógeno líquido.

Tratamientos quirúrgicos incluyen: crioterapia, electrocauterización, terapia con láser, o escisión quirúrgica.

Abstinencia o uso de preservativos hasta la completa desaparición de la enfermedad.

Papanicolau por lo menos cada 6 meses (las mujeres afectadas lo harán después de 3 meses de iniciado el tratamiento).(46)

## **2.4.9 VIH y SIDA**

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), destruye las células del sistema inmunológico. El SIDA se presenta solo cuando el sistema inmunológico haya sido severamente debilitado. Para entonces, la persona puede desarrollar alguna o varias enfermedades severas o habrá perdido la mayoría de las células de su sistema inmunológico. Las con VIH son más vulnerables a infecciones y al cáncer.

Se estima que el 25-30% de los seropositivos desconocen que están infectados por el VIH y se piensa que son los responsables del 50-70% de las nuevas infecciones. (24)

### **2.4.9.1 Vías de transmisión:**



Existen tres únicas vías de transmisión demostradas:

1. **Transmisión sexual.** Es en el momento actual la vía más frecuente de transmisión de la infección. Se produce como consecuencia de la exposición a través de una práctica sexual (vaginal, anal u oral) con el semen, la sangre o secreciones vaginales de una persona portadora del VIH (infectada). El riesgo de transmisión de VIH por un episodio de exposición sexual es variable según el tipo de práctica sexual (tabla1). De los pacientes diagnosticados de sida en España en 2006, el mecanismo de contagio había sido las relaciones heterosexuales en el 31.9% del total de los casos (24.4 % de los casos de los varones y el 57.7 % de las mujeres). Las relaciones homo-bisexuales son causa del 21.8% de los casos descubierto en varones. (Ministerio Sanidad y Consumo, Registro nacional de casos de sida, 2007) (24)
2. **Transmisión parenteral.** Por exposición a sangre, sus derivados o tejidos transplantados. Esto puede originarse por transfusiones o trasplantes sin control sanitario adecuado (excepcional en la actualidad) o por compartir agujas, jeringuillas u otros utensilios utilizados en el proceso de preparación y administración de la droga, contaminados con sangre de un portador. El riesgo de transmisión de VIH también varía según el tipo de exposición (tabla 1). El 43% de las personas que desarrollaron sida en 2006 contrajeron la infección por compartir material de inyección para la administración parenteral de drogas, lo que afectó al 45,9% de los hombres y al 32,9% de las mujeres. (Ministerio Sanidad y Consumo, Registro nacional de casos de sida, 2007) (24)
3. **Transmisión vertical (perinatal):** De madre infectada a su hijo durante el embarazo, el parto, o la lactancia. Actualmente es excepcional, suponiendo el 0.3% de los casos. (Ministerio Sanidad y Consumo, Registro nacional de casos de sida, 2007) (24)





#### 2.4.9.2 Síntomas

**Fase asintomática:** que puede ser hasta 10 años, la mayoría de personas no muestra ningún síntoma del VIH, pueden sentirse y verse completamente bien. (24)

**Fase sintomática:** los síntomas se presentan debido a que el VIH debilita el sistema inmunológico de la persona volviéndola más vulnerable a las infecciones oportunistas. (24)

#### Diagnostico

Análisis de sangre que detecte la presencia del anticuerpo VIH mediante la prueba de Microelisa y Western Blot. (24)

El test del VIH siempre debe realizarse previo consentimiento informado y los profesionales sanitarios debemos garantizar la confidencialidad de los resultados del mismo. El consentimiento puede ser oral o escrito y la comunicación de los resultados debe realizarla el mismo profesional que se entrevistó con la persona y solicitó el test, y debe hacerlo directamente al afectado (nunca por teléfono ni a otra persona que no sea el paciente). Sin embargo hay excepciones al consentimiento (Grupo de trabajo VIH/sida de la semFYC, 2006), y son precisamente en aquellas situaciones en el que el paciente no puede ejercer su autonomía como: (24)

- a. Situaciones de urgencia vital que requieran una actuación médica inmediata sin que se pueda comunicar con el paciente. (24)
- b. Situaciones de incapacidad del paciente: el consentimiento informado lo realizarán sus representantes legales (tutores). En los casos de pacientes incapaces (menores o declarados legalmente, o con capacidad natural reducida), la intervención tiene que efectuarse con el objetivo principal de su propio beneficio directo. (24)
- c. Grave riesgo para la salud pública, lo que puede legitimar actuaciones coactivas, pero no corresponde al médico adoptarlas por su cuenta. (24)
- d. Por imperativo legal o judicial. (24)



- e. Situaciones de privilegio terapéutico: ha sido utilizado en muchas ocasiones para ocultar información al paciente pero debería ser excepcional en su aplicación. (24)

#### **2.4.9.6 Tratamiento**

No existe tratamiento que elimine el virus del organismo. Sin embargo se utilizan los antirretrovirales como tratamiento. (24)

### **2.5 INCIDENCIA DE LAS ITS**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que anualmente en el mundo ocurren 250 millones de casos nuevos de ETS. En el caso concreto de la infección por VIH/SIDA, el número de personas infectadas en el año 2004 ha alcanzado 4,9 millones de personas nuevas (10 cada minuto) y de éstas, cerca de la mitad son jóvenes entre 15 y 24 años. Existen actualmente en el mundo 39,4 millones de personas infectadas, siendo casi en la mitad de los casos mujeres (informe ONUSIDA, 2004).

En Europa, en los últimos 5 años ha aumentado un 112% el número de infectados por contacto heterosexual, lo que explica que las ETS estén también en aumento. En España, la verdadera incidencia de estas enfermedades no se conoce con exactitud puesto que únicamente se declaran obligatoriamente al sistema sanitario la sífilis, la gonococia, el SIDA y la hepatitis. Según datos del Instituto Nacional de Estadística publicados en 2004, el 5,4% de la población que ha mantenido relaciones sexuales refiere que ha sido diagnosticado de alguna ETS a lo largo de su vida. (25)

La Sífilis 12 millones a nivel mundial y 3 millones en América Latina y el Caribe

La incidencia global de tricomoniasis fue de 174 millones y 18,5 en América Latina y el Caribe



La incidencia global de clamidia de 92 millones y 9.5 millones en América Latina y el Caribe; de blenorragia 62 millones a nivel global y 7.5 millones en América Latina (26-27)

Los jóvenes son destinatarios importantes de la educación preventiva sobre las infecciones de transmisión sexual que incluye al VIH/SIDA. Datos de Organización Mundial de la Salud informa que hasta el 20 de octubre, 2008 las enfermedades de transmisión sexual se encuentran entre las cinco primeras causas por las que las personas de los países en desarrollo procuran servicios médicos

Además del VIH-SIDA, la OMS puso énfasis, que las enfermedades de transmisión sexual pueden dar lugar a otras enfermedades crónicas, complicaciones durante el embarazo, el cáncer cervical y la muerte. (28)

La Educación Sexual forma parte de la preparación del adolescente para la vida adulta independiente, lo cual se suma a las características de su personalidad que le permitan dar soluciones a los diversos problemas que la vida les plantee, prevenir las ITS y realizarse personal, familiar y socialmente.

La utilización sistemática y apropiada del preservativo es limitada entre los jóvenes, lo que les predispone a contraer infecciones de transmisión sexual, por ejemplo, en los Estados Unidos, el 25% de los adolescentes sexualmente activos contrae una enfermedad de transmisión sexual cada año. Aproximadamente un 15% de las infecciones de VIH acumulativas correspondía a personas de entre 13 y 24 años de edad en 1999 y aproximadamente un 50% de los casos nuevos de infección por el VIH en ese país se produce entre los jóvenes (29).

En los últimos años, junto con el aumento de la utilización de los preservativos, asistimos también al aumento de la transmisión heterosexual del SIDA y no a su eliminación, así como al avance de otras ETS. El preservativo ofrece una mala protección puesto que esta es del 80% para tres de las cuatro ETS más frecuentes: Clamidia, Virus del Papiloma Humano y Herpes. La infección por el Virus del Papiloma Humano puede aparecer tanto en las áreas genitales masculinas como femeninas, estén o no cubiertas o protegidas con un preservativo de látex. (25)



Las encuestas realizadas en 40 países indican que la mitad de los jóvenes tienen ideas erróneas de cómo se transmite el virus VIH, y existe un número muy alto de jóvenes que indican que con solo mirar a una persona se puede reconocer que tiene SIDA (30).

El comienzo de la actividad sexual es antes de cumplir los 18 años, en la mayoría de los países, existiendo países especialmente de recursos mas bajos, en los que los adolescentes comienzan su actividad sexual a edad muy temprana. La edad de la primera relación sexual en los adolescentes mexicanos es entre los 15 años a 17 años para hombres y mujeres (31,32).

En nuestro país un estudio realizado en Santo Domingo De Los Colorados, revela que el inicio de la actividad sexual es a los 13 y 14 años de edad (33), y refleja conocimientos erróneos en prevención.

El uso del condón no es frecuente y primordial en trabajadoras sexuales en el Ecuador. Así mismo el uso del preservativo en la primera relación sexual es mayor en el varón que en las mujeres, los varones de las áreas rurales tienden usar menos el condón.

Desde las primeras estimaciones del uso del condón por los jóvenes solteros realizadas a mediados de la década de 1980, la curva del uso del condón se ha incrementado, pasando del 7% en 1985 a 51% en el año 2000 entre los hombres y de 5% a 23% entre las mujeres; el preservativo es utilizado mayoritariamente como método anticonceptivo por los adolescentes (31,33).

Los estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los jóvenes indican que estos tienen una combinación de ansiedad e ignorancia, se preocupan del embarazo accidental, pero los varones subestiman el riesgo de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA. El desconocimiento es el principal multiplicador del VIH/SIDA, el reconocer que los jóvenes tienen vida sexual y que no cuentan con el conocimiento adecuado para protegerse, lleva a establecer programas de prevención. En algunos países la mayoría de infecciones por el VIH se produce por inyección de drogas con equipos contaminados, relaciones sexuales no protegidas entre varones y comercio sexual peligroso.



La generación de jóvenes actual es la mayor de la historia, casi la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años (más de 3.000 millones de personas) el 85% de los jóvenes están viviendo en los países en desarrollo y 238 millones de jóvenes sobreviven con menos de un dólar diario; 88 millones de jóvenes se encuentran desempleados. (34, 35, 36,37).

La OMS, estima que en 2007 a nivel mundial, 2.1 millones de personas fallecieron a causa de infecciones de VIH. De igual manera, estima que 33 millones de personas viven con la infección a nivel internacional

Para determinar quienes corren más riesgo de contraer y distribuir el virus es necesario concentrar la vigilancia en los grupos de población más vulnerables. Si todas las trabajadoras sexuales y sus clientes utilizarían condones, estos subgrupos de la población tuvieran un riesgo de infección con VIH no muy diferente a la población en general.

Existen muchos factores que influyen en la transmisión de ITS y VIH, como factores políticos que incluyen la falta de compromiso social y estatal en el área de prevención y atención de VIH e ITS.

El acceso a servicios de salud depende de aspectos geográficos, culturales y económicos. Otros aspectos que influyen en la accesibilidad son la disponibilidad y efectividad de medicamentos, dificultades en el control de ITS, la relación del personal de salud y el usuario, la discontinuidad en la prestación de servicios de salud y otros.

Algunas normas culturales influyen la transmisión del VIH e ITS. En las culturas latinas el machismo todavía juega un papel muy importante en las relaciones sexuales. El machismo se expresa por ejemplo en la estigmatización de la homosexualidad. Para resaltar la masculinidad es importante tener o haber tenido muchas relaciones sexuales. Otro factor que puede influir la transmisión es la barrera que existe frente al uso del condón, resultado de factores socio-culturales y religiosos, así como el consumo de alcohol y drogas puede influir porque estimula tener relaciones sexuales sin protección.



Factores como el sexo y edad son ejemplos de características biológicas. Las mujeres son biológicamente más vulnerables de infectarse con el VIH que los hombres.

Como factores socio-demográficos más importantes puede mencionarse el estado civil, la migración, la educación y el nivel socio-económico. En general, los solteros tienen más relaciones sexuales que las personas casadas. El matrimonio puede servir como prevención porque la mayoría de las parejas es monógama o tiene menos parejas que las personas solteras. La relación entre la edad de la primera relación sexual y la edad de contraer matrimonio, puede dar información sobre la duración en que una persona estaba expuesta a un riesgo más alto.

Otras prácticas sexuales que tienen un riesgo importante para esta transmisión son el sexo anal receptivo y relaciones sexuales vaginales durante la menstruación.

## **2.6 PREVENCIÓN DE ITS Y VIH/SIDA**

Para evitar el contagio de ITS y VIH/SIDA es necesario abstenerse del contacto sexual o tener una relación estable y mutuamente monógama con una pareja que se haya hecho las pruebas de detección. (9)

Además se recomienda el uso de preservativo durante cada relación sexual.

### **2.6.1 Preservativo masculino.**

El preservativo masculino es una funda que se usa sobre el pene durante la relación sexual. Previene el embarazo actuando como barrera y evitando que el semen masculino se vierta en la vagina y que los espermatozoides puedan penetrar en el óvulo y fecundarlo. Los preservativos preservan a mujeres y hombres de contraer infecciones de transmisión sexual, incluyendo el HIV. Hay decenas de formas, texturas y estilos de preservativos para elegir, algunos más efectivos que otros. Los preservativos pueden ser de látex, poliuretano o piel de



cordero (natural). Pueden ser o no lubricados. Algunos contienen espermicidas, otros no. (9)

### **2.6.2 Características del tipo de preservativo frente a las ITU y Embarazo.**

El mejor es el de látex. Brinda la mejor protección, tanto para el embarazo, como para las enfermedades de transmisión sexual. Si la persona es alérgica al látex, los de poliuretano son un buen método. Ellos brindan la misma protección frente al embarazo y alguna protección frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS), pero se rompen o se deslizan más frecuentemente que los de látex. Los preservativos naturales o de piel de cordero, son efectivos frente a la prevención del embarazo, pero no son efectivos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS). Es una decisión personal usar los preservativos lubricados o no, pero la mayoría de los adolescentes los prefiere lubricados. (9)

### **2.6.3 Efectividad del preservativo en la prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual.**

El preservativo de látex brinda una excelente protección frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS). Los preservativos de poliuretano, brindan alguna protección frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS), aunque no es claro cuán eficaces son. Es importante recordar que los preservativos de cordero o naturales, no protegen de las infecciones de transmisión sexual (ITS). (9)

También depende de qué tipo de infección de transmisión sexual (ITS) nos estamos refiriendo. Los preservativos de látex son efectivos contra las infecciones de transmisión sexual (ITS) que están en los fluidos (sangre o semen) tal como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/SIDA, hepatitis, chlamydia y gonorrea. Los preservativos son mucho menos efectivos frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) causadas por organismos que viven en lesiones inflamadas o ulceradas de las mucosas genitales, tal como sífilis, herpes y virus del papiloma humano (también llamados verrugas genitales). (9)



#### **2.6.4 Dónde guardar los preservativos no usados.**

Se deben guardar en lugares secos, con poca luz y a temperatura ambiente. Extremo frío o calor debilitan el material. La luz solar o la humedad pueden causar mayor número de rupturas o desgarros. Los preservativos no se deben llevar en una billetera o guardar en la gaveta del auto, por más de dos semanas, porque el material se debilitará y será más propenso a que se desgarre o rompa. (9)

Siempre debe corroborarse la fecha de vencimiento de la caja. Algunos están marcados con la fecha de manufactura. Se puede usar un preservativo hasta cuatro años después de la fecha de manufactura. Otros preservativos están marcados con la fecha de expiración. No se debe usar más allá de la fecha de vencimiento indicada en la etiqueta. Si no está seguro de la fecha de vencimiento del preservativo, tírelo y use uno nuevo. Nunca use un preservativo que esté frágil, quebradizo, dañado o de color inusual. (9)

#### **2.6.5 Uso del preservativo.**

Primero se debe usar un preservativo nuevo cada vez que tenga sexo vaginal, anal u oral. Tener cuidado cuando abra un paquete de preservativos no romper o desgarrar el látex con los dientes, uñas o anillos. No desenrolle el preservativo antes de colocarlo sobre el pene, porque puede debilitar el látex y deteriorarlo al mismo tiempo y volver peligroso su uso. Puede colocarle el preservativo al hombre o colocárselo él solo. (9)

Suavemente se debe presionar el aire del extremo superior del preservativo, antes de colocarlo sobre el pene. Asegurarse haber dejado un centímetro de espacio en el fondo del preservativo, para coleccionar el semen, así este no se escurrirá por el costado lateral del mismo. Se puede usar lubricantes acuosos (como glicerinas o jaleas) durante la relación, para evitar que el preservativo se rompa. Si coloca una gota de jalea lubricante dentro del fondo del preservativo, puede incrementar la sensación a la par de aumentar la seguridad. (9)





Nunca usar un lubricante de base oleosa, porque debilitará el preservativo y lo hará más proclive a romperse. Ejemplo de lubricantes oleosos son lociones, vaselina o aceites para bebés. Las medicaciones para tratar infecciones micóticas en las mujeres, suelen favorecer su ruptura. (9)

Sostener el extremo del preservativo entre los dedos pulgar e índice y colóquelo sobre la cabeza del pene. Si el pene no es circunciso, tire hacia atrás la piel del prepucio, antes de colocar el preservativo sobre él. Extraiga el exceso de aire para evitar que el preservativo estalle. Coloque el preservativo cuando el pene esté eréctil. Desenróllelo sobre todo el largo del pene eréctil. (9)

Luego que el hombre ha eyaculado, debe retirarlo cuando el pene está aún eréctil, pues el preservativo puede fácilmente escurrirse cuando éste está flácido. Él deberá sostener el preservativo sobre la base del pene mientras se retira de la vagina para evitar que se derrame el semen. Suavemente enrolle el preservativo hasta la extremidad del pene para removerlo. (9)

## **2.7 LAS TEORÍAS DEL APRENDIZAJE**

En educación y promoción de la salud, los avances en la investigación que le da soporte a las intervenciones programáticas han ocurrido directa e indirectamente por la aplicación en la práctica de teorías y modelos desarrollados en las más diversas áreas del conocimiento, principalmente en las ciencias comportamentales y sociales, una de las teorías que han respaldado algunas intervenciones es la Teoría cognoscitivo-social de Albert Bandura.

Existen dos grandes paradigmas en la sicología del aprendizaje



### 2.7.1 El conductismo que tiene como representantes a: Watson, Thorndike, Skinner, Pavlov, Tolman. (39)

**Thorndike** describe tres leyes en el aprendizaje: Del efecto, de ejercicio y de sin lectura que se basan en el estímulo y respuesta. (41)

**Watson** ubica a la psicología con el carácter de las ciencias naturales, se observa la influencia del positivismo de Augusto Comte. (39)

**Skinner** en su teoría tiene como fundamento que la conducta es guiada por refuerzos primarios y secundarios. (39)

**Tolman** acuñó el término de variables internas, el nexo entre estímulo y respuesta quedaba interrumpido por planos cognoscitivos no observables en la conducta del individuo, introdujo el término de aprendizaje latente que se reflejaba en la acción (39)

**Pavlov** formula el reflejo condicionado. (39)

### 2.7.2 El Cognitivismo tiene a: Piaget, Bruner, Ausubel, Vigotsky como sus máximos exponentes.

Para **Piaget** la capacidad cognitiva y la inteligencia se encuentran estrechamente ligadas al medio social y físico. (38)

**Ausubel** de acuerdo al aprendizaje significativo, refiere que los nuevos conocimientos se incorporan en forma sustantiva en la estructura cognitiva del alumno. Esto se logra cuando el estudiante relaciona los nuevos conocimientos con los anteriormente adquiridos, pero también es necesario que el alumno se interese por aprender lo que se le está mostrando. (41)

**Vigotsky** consideraba que el medio social es crucial para el aprendizaje, pensaba que lo produce la integración de los factores social y personal. El fenómeno de la actividad social ayuda a explicar los cambios en la conciencia y fundamenta una teoría psicológica que unifica el comportamiento y la mente. El entorno social influye en la cognición por medio de sus "instrumentos", es decir, sus objetos culturales (autos, máquinas) y su lenguaje e instituciones sociales (iglesias,



escuelas). El cambio cognoscitivo es el resultado de utilizar los instrumentos culturales en las interrelaciones sociales y de internalizarlas y transformarlas mentalmente. La postura de Vigotsky es un ejemplo del constructivismo dialéctico, porque recalca la interacción de los individuos y su entorno. (39,38)

Las teorías de **Bruner** tienen como punto de referencia a Vygotsky y Piaget; el punto de unión más fuerte entre la teoría de Vygotski y la de Bruner, es que, para ambos, la interacción y el diálogo son puntos claves en su teoría.

### 2.7.3 Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura:

El aprendizaje es descrito como un proceso social influenciado por la interacción con otras personas. En la teoría social cognitiva el ambiente social y físico influye en la formación y reforzamiento de las creencias que son determinantes de la conducta. (39)

Los conductistas consideran que el ambiente moldea al niño, pero los teóricos del aprendizaje social afirman que el niño también actúa sobre el ambiente.

Los procesos cognitivos se ponen en funcionamiento a medida que las personas observan los modelos, aprenden "segmentos" de comportamientos y luego los ponen juntos en nuevos y complejos patrones. Los factores cognitivos afectan la manera como una persona incorpora las conductas observadas. La teoría del aprendizaje social sirve de puente entre el conductismo y la perspectiva. (41)

Esta teoría se basa en superar las barreras, en observar a nuestro alrededor, observar nuestra sociedad y cambiarla. Un cambio en alguno de estos tres componentes-conductual, físico o social, influencia en los otros dos. La auto-eficacia, un componente esencial de la teoría, es que la persona crea sentirse capaz de poner en práctica la nueva conducta cuando se presente la ocasión, así, las personas pueden autorregular su conducta; entonces un fundamento básico de la teoría es la del autocontrol. (39)

El enfoque de la reciprocidad triádica de Bandura: en la cual la conducta, los factores personales, cognitivos y de otro tipo, y los acontecimientos ambientales actúan como determinantes interactivos. De esta manera, en la perspectiva



cognitiva social, no se considera al ser humano gobernado por fuerzas internas controlado por estímulos externos sino que se considera el funcionamiento humano en términos del modelo de reciprocidad triádica.(41,38)

Modelo de Reducción de Riesgo al SIDA: sugiere que para poder cambiar la conducta uno debería reconocerla como tal, luego comprometerse a reducir este tipo de conducta, y finalmente tomar acción para llevar a cabo el cambio deseado. (38)

Los factores que influyen en el movimiento entre las etapas incluyen el temor la ansiedad y las normas sociales. (41)

Bandura establece que existen ciertos pasos envueltos en el proceso de modelado:

**1. Atención.** Si vas a aprender algo, necesitas estar prestando atención. De la misma manera, todo aquello que suponga un freno a la atención, resultará en un detrimento del aprendizaje, incluyendo el aprendizaje por observación. (39)

Alguna de las cosas que influye sobre la atención tiene que ver con las propiedades del modelo. Si el modelo es colorido y dramático, por ejemplo, prestamos más atención. Si el modelo es atractivo o prestigioso o parece ser particularmente competente, prestaremos más atención. Y si el modelo se parece más a nosotros, prestaremos más atención. (41)

**2. Retención.** Debemos ser capaces de retener (recordar) aquello a lo que le hemos prestado atención. Aquí es donde la imaginación y el lenguaje entran en juego, guardamos lo que hemos visto hacer al modelo en forma de imágenes mentales o descripciones verbales. Una vez “archivados”, podemos hacer resurgir la imagen o descripción de manera que podamos reproducirlas con nuestro propio comportamiento. (39)

**3. Reproducción.** En este punto, estamos ahí soñando despiertos. Debemos traducir las imágenes o descripciones al comportamiento actual. Por tanto, lo primero de lo que debemos ser capaces es de reproducir el comportamiento. Es



importante con respecto a la reproducción que nuestra habilidad para imitar mejore con la práctica de los comportamientos envueltos en la tarea. (41)

**4. Motivación.** Aún con todo esto, todavía no haremos nada a menos que estemos motivados a imitar; es decir, a menos que tengamos buenas razones para hacerlo. (39)

Como la mayoría de los conductistas clásicos, Bandura dice que el castigo en sus diferentes formas no funciona tan bien como el refuerzo y, de hecho, tiene la tendencia a volverse contra nosotros. (41)

### **Autorregulación**

La autorregulación (controlar nuestro propio comportamiento) es la otra piedra angular de la personalidad humana. En este caso, Bandura sugiere tres pasos:

**1. Auto-observación.** Nos vemos a nosotros mismos, nuestro comportamiento y cogemos pistas de ello. (39)

**2. Juicio.** Comparamos lo que vemos con un estándar. Por ejemplo, podemos comparar nuestros actos con otros tradicionalmente establecidos, tales como “reglas de etiqueta”. O podemos crear algunos nuevos, como “leeré un libro a la semana”. O podemos competir con otros nosotros mismos. (39)

**3. Auto-respuesta.** Si hemos salido bien en la comparación con nuestro estándar, nos damos respuestas de recompensa a nosotros mismos. Si no salimos bien parados, nos daremos auto-respuestas de castigo. Estas auto-respuestas pueden ir desde el extremo más obvio (decirnos algo malo o trabajar hasta tarde), hasta el otro más encubierto (sentimientos de orgullo o vergüenza). (41)

Un concepto muy importante en psicología que podría entenderse bien con la autorregulación es el auto-concepto (mejor conocido como autoestima). Si a través de los años vemos que hemos actuado más o menos de acuerdo con nuestros estándares y hemos tenido una vida llena de recompensas y alabanzas personales, tendremos un auto-concepto agradable (autoestima alta). Si, de lo contrario, nos hemos visto siempre como incapaces de alcanzar nuestros



estándares y castigándonos por ello, tendremos un pobre auto-concepto (autoestima baja) (39)

Notemos que los conductistas generalmente consideran el refuerzo como efectivo y al castigo como algo lleno de problemas. Lo mismo ocurre con el auto-castigo. Bandura ve tres resultados posibles del excesivo auto-castigo:

**Compensación.** Por ejemplo, un complejo de superioridad y delirios de grandeza. (39)

**Inactividad.** Apatía, aburrimiento, depresión. (41)

**Escape.** Drogas y alcohol, fantasías televisivas o incluso el escape más radical, el suicidio. (39)

Las recomendaciones de Bandura para las personas que sufren de auto-conceptos pobres surgen directamente de los tres pasos de la autorregulación:

**Concernientes a la auto-observación.** ¡Conócete a ti mismo! Asegúrate de que tienes una imagen precisa de tu comportamiento. (41)

**Concernientes a los estándares.** Asegúrate de que tus estándares no están situados demasiado alto. No nos embarquemos en una ruta hacia el fracaso. Sin embargo, los estándares demasiado bajos carecen de sentido. (39)

**Concernientes a la auto-respuesta.** Utiliza recompensas personales, no auto-castigos. Celebra tus victorias, no lidies con tus fallos. (41)

#### 2.7.4 El Constructo de la Autoeficacia

La Autoeficacia se define como *“los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”* (Bandura, 1986). Estas creencias de eficacia ocupan un rol mediacional en el funcionamiento humano actuando a modo de filtro entre las habilidades y logros anteriores del ser humano y su conducta subsiguiente (Zeldin, 2000). Para Bandura (1987) estas creencias de eficacia son mejores predictivas de la conducta futura que las



habilidades, los logros anteriores, o el conocimiento que el sujeto posea de la actividad a realizar, ya que la Autoeficacia va a determinar que hace el sujeto con el conocimiento o las habilidades que posee (Valiante, 2000). Sin embargo, un funcionamiento competente requiere tanto precisión en las auto-percepciones de eficacia como la posesión de habilidades reales y el conocimiento de la actividad a realizar, así como de los juicios del sujeto acerca de los resultados más probables que una conducta determinada producirá (expectativas de resultados). Todos estos componentes mantienen entre sí relaciones complejas que deben ser consideradas toda vez que se pretenda estudiar la utilidad predictiva de las creencias de auto-eficacia. (39,41)

La teoría social cognoscitiva establece que las personas que tienen un alto sentido de eficacia imaginan recompensas y éxitos, se forjan guías de acción y emplean mayores esfuerzos que otras para hacer frente a los retos. Esas personas generan expectativas de resultados favorables para sus acciones y cuanto más fuerte es su creencia de auto-eficacia, más altas son esas expectativas. Al conjunto de estos atributos y a su funcionamiento activo y dinámico es a lo que esa teoría llama “agencia humana”, las creencias de auto-eficacia afectan el comportamiento humano de cuatro formas: (41)

Primero, la auto-eficacia influye en la elección de actividades y conductas. Las personas tienden a elegir y comprometerse en actividades en las cuales se consideran altamente eficaces y tienden a evitar aquellas en las cuales se consideran ineficaces. (39)

Segundo, la auto-eficacia determina cuanto esfuerzo invierten las personas en una actividad, como así también cuán perseverantes serán estas frente a los obstáculos que puedan presentársele. (41)

La tercera forma mediante la cual la auto-eficacia afecta al comportamiento humano es influyendo sobre los patrones de pensamiento y las reacciones emocionales. Las personas de baja auto-eficacia, por ejemplo, pueden considerar a las actividades que deben realizar mucho más difíciles de lo que realmente son, lo cual les ocasionara un alto grado de estrés y ansiedad así como pensamientos negativos acerca de su posible desempeño. Un alto nivel de auto-eficacia, por otra



parte, brinda una mayor confianza y serenidad en el afrontamiento de tareas difíciles. La auto-eficacia influye a su vez en las atribuciones causales que el individuo realiza frente al éxito o al fracaso en las actividades. (39)

La cuarta forma en la cual la auto-eficacia afecta el comportamiento es permitiendo al sujeto ser un productor de su propio futuro y no un simple predictor. Aquellos sujetos que se perciben a sí mismos eficaces se imponen retos, intensifican sus esfuerzos cuando el rendimiento no es suficiente de acuerdo a las metas que se habían propuesto. (39)

La teoría de Alberto Bandura se puede poner en práctica a través del socio drama, radionovelas, historias narradas. Las personas aprenden de las consecuencias positivas o negativas de las acciones de los modelos de comportamientos; la auto-eficacia es entonces un pensamiento auto-referente que se convierte en un mediador entre el conocimiento de una habilidad y su ejecución, la persona entonces debe sentirse capaz de ejecutar una acción o de adoptar una conducta. (39)

### 2.7.5 Teoría de Vigotsky

El medio social es crucial para el [aprendizaje](#), lo que produce la [integración](#) de los factores social y [personal](#). El fenómeno de la actividad social ayuda a explicar los cambios en la conciencia y fundamenta una [teoría](#) psicológica que unifica el [comportamiento](#) y la mente. El entorno social influye en la cognición por medio de sus "instrumentos", es decir, sus objetos culturales ( [autos](#), [máquinas](#)) y su [lenguaje](#) e [instituciones](#) sociales (iglesias, escuelas). El [cambio](#) cognoscitivo es el resultado de utilizar los instrumentos culturales en las interrelaciones sociales y de internalizarlas y transformarlas mentalmente. La postura de Vigotsky es un ejemplo del [constructivismo](#) dialéctico, porque recalca la interacción de los individuos y su entorno. (41)

Además considera, el aprendizaje, como uno de los mecanismos fundamentales del desarrollo. "La mejor enseñanza es la que se adelanta al desarrollo". La interacción social se convierte en el motor del desarrollo. Introduce además el concepto de "zona de desarrollo próximo" que es la distancia entre el nivel real de





desarrollo y el nivel de desarrollo potencial. Para determinar este concepto hay que tener presentes dos aspectos: la importancia del contexto social y la capacidad de imitación. Aprendizaje y desarrollo son dos procesos que interactúan. El aprendizaje se produce más fácilmente en situaciones colectivas. (39,41)

La teoría habla también como el ser humano ya trae consigo un código genético o “Línea natural del desarrollo” también llamado código cerrado, la cual está en función de aprendizaje, en el momento que el individuo interactúa con el medio ambiente. (41)

No podemos decir que el individuo se constituye de un aislamiento. Más bien de una interacción, donde influyen mediadores que guían al individuo a desarrollar sus capacidades cognitivas. (39)

### **Interacción entre aprendizaje y desarrollo**

Vigotsky sistematiza en tres, las posiciones teóricas respecto al aprendizaje y el desarrollo. Estas son:

**1. Cuando los procesos de desarrollo del niño son independientes del aprendizaje:** El aprendizaje se considera como un proceso puramente externo que no está complicado de modo activo en el desarrollo. Simplemente utiliza los logros del desarrollo en lugar de proporcionar un incentivo para modificar el curso del mismo. El desarrollo o maduración se considera como una condición previa del aprendizaje pero nunca como el resultado del mismo.

**2. Cuando el aprendizaje es desarrollo:** Teorías como las basadas en el concepto del reflejo, esto es una reducción del proceso de aprendizaje a la formación de hábitos, identificándolos con el desarrollo. (39)

**3. Cuando el desarrollo se basa en dos procesos distintos pero relacionados entre sí:** Por un lado está la maduración, que depende directamente del desarrollo del sistema nervioso y por otro lado el aprendizaje, que a su vez, es también un proceso evolutivo. El proceso de aprendizaje estimula y hace avanzar el proceso de maduración. (41)



El punto nuevo y más notable de esta teoría, según la perspectiva de Vigotsky es que se le atribuye un extenso papel al aprendizaje dentro del desarrollo del niño. (41)

### **2.7.6 ¿Las intervenciones modifican las conductas?**

Los estudios considerados de mayor calidad (en evaluación e intervención), se consideran si son de cuatro o más sesiones, muestras grandes y largos períodos de seguimiento para conseguir cambios en la conducta. (41)

Las actitudes también se modifican con las intervenciones, aunque de forma menos intensa que los conocimientos y a veces de forma selectiva en subpoblaciones. Las intervenciones basadas en modelos teóricos comportamentales modifican mejor las actitudes que las que no los mencionan siquiera; cambio de actitudes también parece relacionarse positivamente con el número de sesiones (39)

La intención de conducta y la auto-eficacia se revelan buenas herramientas para la evaluación de resultados. Un tamaño muestral superior a 500 individuos la disponibilidad de datos pre y post intervención, la existencia de grupo control, la equivalencia de grupos, la asignación aleatoria o control en el análisis, el tiempo entre la medida pre y la post-intervención de tres meses o más, la utilización de un modelo teórico de conducta y el número de sesiones superior a cuatro; aseguran la máxima calidad del estudio, cuando éste se refiere a prácticas. (41)

### **Calidad de la intervención para prevención del VIH/SIDA**

Los estudios de calidad alta son aquellos que en la intervención cuentan con el respaldo de una teoría de cambio conductual y un mínimo de cuatro sesiones, si cumplen un criterio se asegura una mejor calidad y si no cumple ninguno, será de baja calidad. (41)



Las intervenciones deben dar mensajes claros y constantes de cambios de conducta y debe medirse las intenciones de conducta; lo que se facilita a través de la escala de auto-eficacia. (39)

Además las intervenciones son de mayor calidad si son dictadas por una persona con experiencia en el campo educativo de prevención, si se cuenta con material de apoyo, si la intervención es interactiva y si la permanencia en el aula es superior a 30 minutos. (41)

Un estudio realizado en Brasil detectó y analizó los obstáculos y dificultades para llevar a cabo consistentemente prácticas de sexo seguro entre jóvenes, como parte de la evaluación de un taller sobre sexualidad y SIDA en una escuela nocturna de Sao Paulo. A través de la construcción y actuación colectiva de “escenas sexuales”, que eran historias reales sobre relaciones sexuales aportadas por los participantes, se hizo evidente que la desigualdad de género es un elemento clave en la imposibilidad de negociar prácticas de sexo seguro. Asimismo, en las condiciones materiales que estructuran las oportunidades de tener relaciones sexuales, como son los encuentros apresurados y clandestinos en lugares públicos y el costo de cada condón (aproximadamente un dólar), el SIDA fue mencionado como uno más de los riesgos que los jóvenes corren cotidianamente. Por otro lado, la descripción que los jóvenes hicieron de los servicios de salud fue sumamente negativa, de modo que no acudían a ellos por temor al estigma, el maltrato y la burla. La evaluación de la “escena sexual” arroja datos positivos como un método que fomenta la conciencia entre algunos grupos sociales, y como medio para que enfrenten y cuestionen las barreras personales y estructurales con las que chocan cuando deciden tener prácticas de sexo seguro. (39)

La importancia de otros costos sociales por encima del temor a la infección por VIH fue documentada también por un estudio cualitativo realizado con jóvenes de Sri Lanka, quienes mostraron mayor preocupación por la pérdida de la virginidad, de posibilidades de matrimonio, por el embarazo y la pérdida de la reputación frente a la familia, que frente al riesgo de infección por VIH, a pesar de tener suficientes conocimientos al respecto. (41)



Estas normas culturales parecen haber protegido relativamente a los jóvenes de Sri Lanka pues parecen favorecer actividades no penetrativas vaginales, pero hay evidencias de comportamientos de riesgo que no desafían estos cánones morales como el sexo anal, la utilización de sexo comercial, sexo entre hombres y penetración parcial del pene en la vagina. En todo caso, los tres estudios insisten en la necesidad de que las intervenciones preventivas sean más abarcativas que, el sólo trabajo sobre VIH/SIDA, pues las conductas de riesgo de las poblaciones vulnerables se inscriben en contextos más amplios que las determinan. (39)

Los modelos de información, educación y comunicación difunden y hacen del conocimiento de la población la existencia y los mecanismos de transmisión del VIH, pero en general no han resultado en un cambio de comportamientos de riesgo, pues no existe una relación unilateral entre conocimiento, creencias y conductas. En una revisión de las estrategias de prevención y control del SIDA en México, Sepúlveda se afirma que “las campañas masivas no cambian de manera importante los comportamientos, pero son útiles para mantener un estado de alerta y para crear el clima que haga aceptable otro tipo de intervenciones más puntuales y específicas”. Asimismo, los autores aseguran que “es indispensable desarrollar intervenciones que toquen aspectos más profundos de los individuos a los que se quiere llegar”. Estos aspectos profundos implican la comprensión de los contextos de la sexualidad, a nivel emocional, social, cultural y económico. (41)

**2.8. Las encuestas CAPs** (Conocimientos, actitudes y prácticas) por si solas permiten:

- Establecer un sistema de alerta temprana que advierte los peligros emergentes o cambios en los comportamientos de riesgo.
- Revelar las lagunas en la información y los conocimientos acerca de las ITS y VIH/SIDA que pueden ser cubiertas con intervenciones.
- Identificar segmentos de la población que por su conducta se encuentran especialmente expuestos a contraer las ITS y la infección por el VIH.



- Datos sobre públicos específicos para complementar la información de las encuestas de la población en general.
- Comparaciones y ofrecen un grado de homogenización que suele estar ausente cuando los datos los recopilan una variedad de organismos diferentes.( 39)



## CAPITULO III

### 3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

#### 3.1. HIPÓTESIS

Los conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA, las actitudes inadecuadas y prácticas de riesgo pueden modificarse con una intervención educativa diseñada para el efecto.

#### 3.2. OBJETIVOS

##### 3.2.1. Objetivo General:

- Evaluar y modificar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes del tercer año de la Escuela de Derecho de la Universidad de Cuenca, sobre ITSs y VIH/SIDA.

##### 3.2.2. Objetivos específicos

- Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de las escuelas de Diseño de Interiores, Ejecución Instrumental, Teatro y Danza pertenecientes a la Facultad de Artes de la Universidad de Cuenca, sobre ITS, y SIDA a través de la aplicación de un cuestionario antes de la intervención educativa.
- Realizar una intervención educativa basada en la Teoría cognoscitivo social de Albert Bandura, Ausubel y Vigotsky para modificar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes sobre ITSs y VIH/SIDA.
- Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre ITS y SIDA, que tienen los estudiantes después de la intervención educativa.
- Comparar los resultados antes y después de la intervención.



## CAPÍTULO IV

### 4. METODOLOGÍA

Esta investigación tiene como propósito determinar la modificación de los conocimientos actitudes y practicas sobre ITS y SIDA de los estudiantes de las escuelas de Diseño de Interiores, Ejecución Instrumental, Teatro y Danza pertenecientes a la Facultad de Artes de la Universidad de Cuenca, luego de realizar una intervención educativa basada en la Teoría de aprendizaje.

#### 4.1. Tipo de estudio:

Se realizó un estudio Cuasi-experimental sin grupo control, sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes de las escuelas de Diseño de Interiores, Ejecución Instrumental, Teatro y Danza pertenecientes a la Facultad de Artes de la Universidad de Cuenca.

#### 4.2. Universo y Muestra:

**Universo:** el estudio, según la línea de investigación de la Facultad, seleccionó como universo al número de estudiantes matriculados en el año lectivo 2008-2009 pertenecientes a la Facultad de Artes, pero en cada una de las Escuelas se seleccionó un tamaño adecuado de la muestra de acuerdo a la magnitud de la modificación reportada en las investigaciones CAP.

#### **Muestra:**

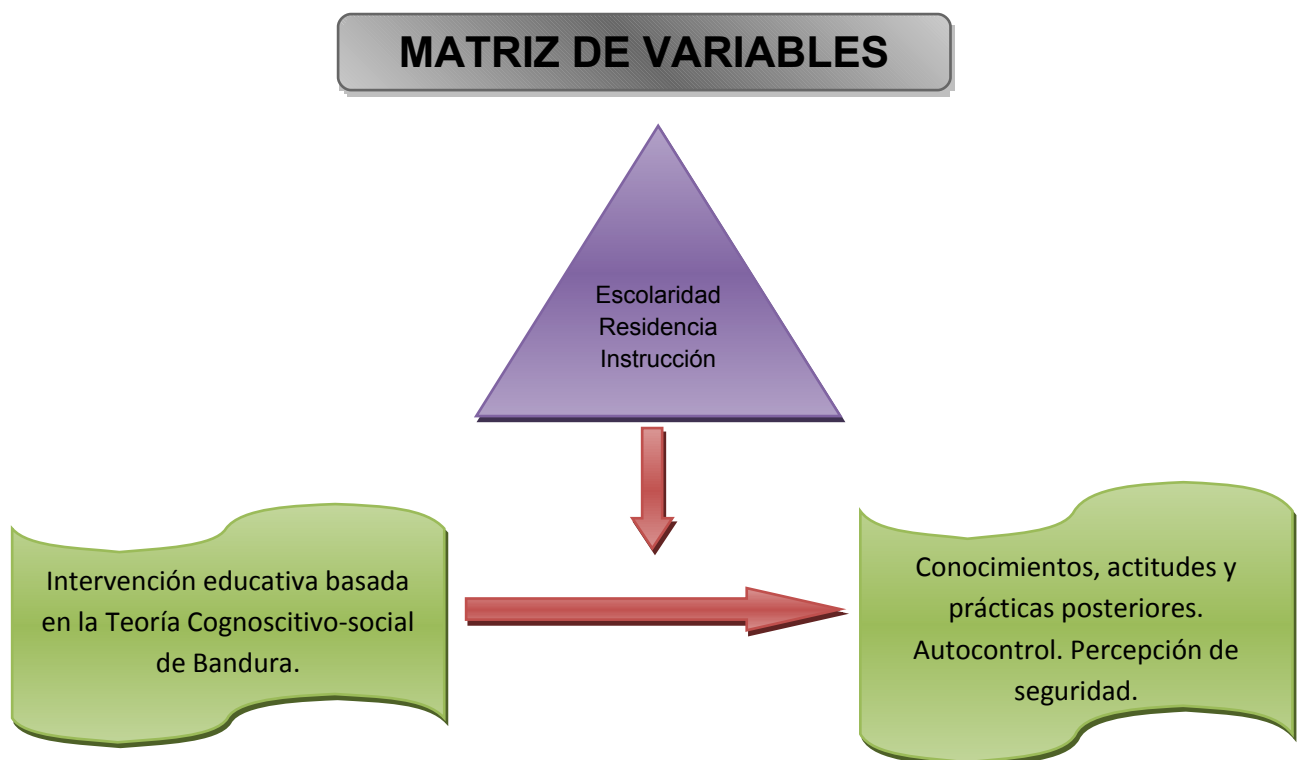
El tamaño de la muestra fue calculado con las siguientes restricciones:

- Error alfa del 5% (0,05)
- Nivel de confianza del 95% (IC 95%)
- Error beta del 5% (0,05)
- Potencia estadística del 95% (0,95)



- Desenlace del grupo control del 43% (0,43). Según la literatura consultada, la aplicación de una encuesta antes de la intervención en los estudios CAPs, en el tema ITS, ha proporcionado un nivel de conocimientos no más alto del 43% (25)
- Desenlace del grupo control del 76% (0,76). Los reportes sobre modificación de los CAP después de la intervención aseguran que se elevan los conocimientos hasta en un 76% (25).
- Con la utilización de un software de computadora Epidat vers 3.1 en español para Windows, el tamaño de la muestra fue de 55 participantes como mínimo para probar el efecto de la intervención. Sin embargo, decidimos realizar la encuesta a los 58 alumnos matriculados en las escuelas de Diseño de Interiores, Ejecución Instrumental, Teatro y Danza pertenecientes de la Facultad de Artes.
- Para el análisis estadístico fueron válidos únicamente 58 formularios tanto en la fase Pre como en la fase Post intervención.

#### 4.3. Plan de Análisis







#### **4.3.1. Operacionalización de las variables (Ver Anexo 5)**

#### **4.4. Área de estudio:**

El estudio se realizó en los predios universitarios correspondientes a la Facultad de Artes, de la Universidad de Cuenca, la misma que está ubicada en La Av. 12 de Octubre y Av. Don Bosco.

#### **4.5. Procedimientos, Técnicas e Instrumentos:**

##### **4.5.1 Solicitud de permiso a las autoridades de la Facultad:**

En el mes de junio, se solicitó el permiso correspondiente a las autoridades de la Facultad de Artes dirigido al decano.

Las autoridades concedieron el permiso para la realización del todo el estudio tanto para la aplicación de los Pre-CAPS, las intervenciones educativas, y por último la aplicación del Post-CAPS. Se adquirió entonces el compromiso de que una vez concluido la recepción de datos con la aplicación de los cuestionarios y el análisis de los mismos se dé a conocer los resultados obtenidos en el estudio.

##### **4.5.2. Descripción de los Instrumentos de medición**

Se utilizaron dos instrumentos de medición:

###### **4.5.2.1. El primer instrumento**

Es una encuesta de valoración de CAPs mide conocimientos, actitudes y prácticas sobre las infecciones de transmisión sexual, es un instrumento validado y aplicado en un estudio realizado en la ciudad de la Habana, en Cuba, por Fatjo Aymee, del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri.

###### **4.5.2.2. Validación del primer instrumento**

El primer instrumento fue validado por Aymee Fatjo; por medio de consenso de expertos y para cumplimentar su validez, se sometió a la técnica de repetición del test utilizando como medida el coeficiente de correlación lineal entre las dos



aplicaciones del test, considerándose bueno porque se obtuvo un resultado de 0.94.

Para las variables de conocimientos y actitudes, los conocimientos se relacionan con mayores puntuaciones. Para las variables de prácticas la mayor puntuación se relaciona con prácticas de riesgo, o malas prácticas.

#### **4.5.2.3. El segundo instrumento**

Corresponde a la escala de autoeficacia basada en la Teoría de Albert Bandura, mide el nivel de seguridad, fue validado por Fuensanta López Rosales, José Moral de la Rubia, del Centro de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la UNAM.

#### **4.5.2.4. Validación del segundo instrumento**

La escala de autoeficacia está conformada de varias subescalas reconociéndose tres subescalas: A, B y C.

Los autores mexicanos validaron por una confiabilidad de ST, por la  $\alpha$  de Cronbach, alta con un valor de 0.89, y muy próxima al esperado de 0.91. Resultando todos los elementos discriminatorios con una correlación significativa ( $p < 0.01$ ) con el resto de la escala que oscila de 0.284 a 0.654. (35)

### **4.6. Descripción del Cuestionario (Anexo1)**

Ambos instrumentos de medición CAPs y escala de autoeficacia se integraron en un solo cuestionario; el mismo que fue aplicado siguiendo la técnica de encuesta administrada.

#### **4.6.1. Secciones del cuestionario**

Las secciones del cuestionario aplicado a los Estudiantes de la Facultad de Psicología Educativa de la Universidad de Cuenca.

##### **Sección I**

Identificación del cuestionario

##### **Sección II**

Variables sociodemográficas del encuestado

##### **Sección III**



Preguntas de conocimientos sobre ITSs

#### **Sección IV**

Preguntas de actitudes

#### **Sección V**

Preguntas de prácticas

De la sección III hasta la sección V constituyeron el primer instrumento de medición, es decir de conocimientos, actitudes y prácticas sobre ITSs; cada pregunta cómo puede constatarse en el anexo I tiene varios ítems, son preguntas cerradas, a cada ítem de cada pregunta el encuestado contestó sí o no; de esta forma ninguna pregunta quedó sin ser contestada. Cada posibilidad de respuesta fue previamente codificada para facilitar la tabulación de los datos.

#### **Sección VI**

Esta sección correspondió al segundo instrumento de medición, es decir, a la escala de autoeficacia para prevenir el SIDA, recoge preguntas de intención. (36)

#### **4.6.2. Descripción de las secciones III-IV-V del cuestionario:**

##### Variables de conocimientos:

- ♣ Infecciones de transmisión sexual que conoce.
- ♣ Transmisión de estas infecciones.
- ♣ Manifestaciones clínicas de las ITS.
- ♣ Curación de las ITS/VIH/SIDA.

##### Variables de actitudes:

- ♣ Actitud ante el nivel de atención médica de estas infecciones.
- ♣ Actitud ante una ITS.
- ♣ Prevención de las ITS.
- ♣ Actitud ante relaciones sexuales con desconocidos o pocos conocidos.

##### Variables de prácticas:

- ♣ Parejas en los 12 últimos meses: cuantas.
- ♣ Práctica sexual: Homosexual, heterosexual, bisexual.
- ♣ Hábito sexual: Anal, oral, genital.
- ♣ Portador de una ITS en alguna ocasión: mencionarla.



- ♣ Conversar con su pareja sobre el tema.
- ♣ Relaciones sexuales embriagado o bajo los efectos de drogas.
- ♣ Uso del condón:
  - Siempre: cuando su uso es en todas las relaciones sexuales.
  - Ocasionalmente: cuando su uso está presente en alguna de sus prácticas sexuales.
  - Nunca: cuando no forma parte de sus prácticas sexuales.
- ♣ Razones por lo que no lo usa:
  - Disminuye la sensibilidad.
  - No sabe utilizarlo.
  - Pena negociarlo con la pareja.
  - Vergüenza adquirirlo en la farmacia.
  - Pareja estable.
- ♣ Relaciones sexuales con desconocidos:
  - Uso del condón en estas relaciones:
    - Siempre: cuando su uso es en todas las relaciones sexuales.
    - Ocasionalmente: cuando su uso está presente en alguna de sus prácticas sexuales.
    - Nunca: cuando no forma parte de sus prácticas sexuales. (37)

Estas variables sobre conocimientos, actitudes y prácticas fueron evaluadas según una escala de puntuación:

- Con las variables que van de la pregunta 7 a la pregunta 14: puntuación que pretende medir los conocimientos y las actitudes, esta osciló en un rango entre 12 y -6 puntos (ver clave de calificación).
- Con las variables que van de la pregunta 17 a la 26: puntuación que pretende evaluar las prácticas, esta osciló en un rango entre 10 y 0 puntos (ver clave de calificación).

#### **4.6.3. Puntuación final de las variables del primer instrumento**

##### Variables de conocimiento

- Buena: cuando los puntos alcanzados entre 8 y 11 puntos.
- Regular: entre 7,8 y 5 puntos.
- Mala: por debajo de 5 puntos.



#### Variables de actitudes

- Buena: entre 6 y 10 puntos.
- Regular: entre 5,9 y 3 puntos.
- Mala: por debajo de 3 puntos.

Las variables de conocimientos y actitudes se analizaron antes y después para evaluar los resultados de la intervención realizada; es decir, a los dos meses de la intervención educativa.

#### Variables de prácticas

- Buena: de 0 a 4 puntos.
- Regular: de 5 a 6,9 puntos.
- Mala: de 7 a 10 puntos.

Las variables de prácticas deben ser evaluadas luego de mínimo tres meses luego de la intervención.

#### **4.6.4. La sección VI del formulario**

Correspondió a la escala de autoeficacia, siguiendo la teoría de Albert Bandura, para prevenir el SIDA con 27 preguntas de intención.

La subescala A incluye preguntas sobre seguridad de decir no a las relaciones sexuales frente a circunstancias diversas; la subescala B incluye seguridad o no de preguntar a la novia sobre relaciones sexuales previas, uso de drogas, experiencia homosexual, discutir sobre SIDA y la subescala C incluye preguntas sobre la seguridad en el uso del preservativo, abstinencia sexual, fidelidad, confianza con los padres.

Para el análisis se tomó en cuenta el nivel de mayor seguridad de la escala.

#### **4.7. Como se procedió a recolectar los datos**

El cuestionario fue llenado por los estudiantes antes de la intervención educativa y 3 meses después de la misma, la aplicación fue directa con la presencia de los investigadores, lo que facilitó responder dudas y aclarar las preguntas del cuestionario.

El tiempo en responder fue de aproximadamente 60 minutos; la intervención se inició las dos últimas semanas del mes de junio. La recolección de la información se realizó a través de un cuestionario que se diseñó para esta investigación y que aclara brevemente al encuestado los objetivos de la investigación, previamente se



le pidió al encuestado, su consentimiento informado para participar en el mismo que implicó su autorización formal a través de su firma.

#### **4.8. De la intervención educativa**

La intervención educativa se realizó en las aulas de la Facultad de Artes, se programaron seis sesiones con duración de una hora cada una. Las charlas fueron interactivas con la participación de los estudiantes, quienes podían exponer sus dudas.

Para las sesiones el total de estudiantes (n=69) de la Facultad de Artes de la Universidad de Cuenca.

##### **4.8.1. Las cuatro primeras sesiones consistieron en: (ver CD adjunto)**

- Analizar la definición de sexualidad sana, abarcando los conceptos de la OMS, una descripción de la anatomía genital masculina y femenina: presentación en Power Point.
- Descripción de las ITS con signos, síntomas: presentación en PowerPoint.
- Prevención de las ITS: el uso correcto del preservativo, fidelidad y abstinencia: presentación en PowerPoint.
- Exposición de varios videos sobre VIH/SIDA, uso correcto del preservativo, etc.

##### **4.8.2. Las dos sesiones últimas consistieron en:**

El análisis de historias narradas:

Para el análisis se conformaron grupos de 10 estudiantes, designándose un expositor por cada grupo. Se asignó el tiempo de 15 minutos para la lectura y análisis de la historia a cada grupo.

A los quince minutos el expositor de cada grupo leyó el análisis que hizo el grupo y las conclusiones a las que cada grupo llegó.

El análisis de las historias narradas permitió, a los participantes expresar como manejarían las situaciones presentadas en las historias; a manera de ensayos cognitivos con el fin de fortalecer la autoeficacia.



Al finalizar la sexta sesión se entregó a cada uno de los estudiantes un manual de las ITS elaborado por la autora (leer folleto impreso adjunto).

Se elaboró una gigantografía que contenía fotografías de las lesiones producidas por las infecciones de transmisión sexual que fue exhibida en cada curso al momento de las intervenciones, lugar en donde se dictaron las charlas con la presencia de los Docentes a cargo del grupo.

#### 4.8.3. Materiales utilizados

##### 4.8.3.1. Recursos Materiales

- Establecimiento – área de estudio: Facultad de Artes.
- Formularios para recolección de datos.
- Las charlas se expusieron con la ayuda del computador y un proyector INFOCUS para las presentaciones en PowerPoint. (Ver información en CD adjunto).
- Recursos bibliográficos:
  - Libros
  - Internet
  - Publicaciones
- Videos descargados de internet.
- Fotocopias de dos historias narradas. (Anexo 3)
- Manual de prevención de las ITSs.
- Videos descargados de internet.
- Gigantografía.

Los equipos (Proyector, CPU) fueron facilitados por la Facultad de Ciencias Medicas de la Escuela de Medicina.

Se aplicó el mismo cuestionario a los 3 meses de realizada la intervención educativa, debido a que en este tiempo se plantea la posibilidad de que los conocimientos, las actitudes y las practicas varíen de alguna manera significativa sobre VIH/SIDA e ITS.



#### **4.9. Análisis Estadístico**

La información será recolectada en el cuestionario (Anexos), con la misma se elaborará la base de datos en el programa SPSS 13.0 para windows.

Se realizará contraste de hipótesis Preintervención y Postintervención por medio de la prueba T para muestras independientes de conocimientos, actitudes y prácticas.

La escala de autoeficacia será analizada tomando en cuenta el nivel de seguridad de muy seguro o total seguro de la misma; aplicando la prueba chi cuadrado.

Se aplicará además la prueba chi cuadrado para el instrumento de conocimientos, actitudes y prácticas. Los cuadros y gráficos se realizaron en el programa Excel.

#### **4.10. Manejo Bioético de los datos**

Para el estudio se pedirá el permiso correspondiente por escrito al Decano de la Facultad de Artes, también se solicitará el consentimiento informado a todos los sujetos a ser investigados (Anexo 3), los datos que se entregarán serán obtenidos con total veracidad y podrán ser verificados por la facultad de Ciencias Médicas, por la Comisión de Bioética o la institución auspiciadora.

Los resultados finales serán socializados para el beneficio de la colectividad universitaria.

#### **4.11. Recursos humanos y técnicos**

- Director de tesis
- Estudiantes Universitarios
- Investigadores

Se contó con el permiso y la colaboración correspondiente de las Autoridades y Docentes de la Facultad de Artes, previa una solicitud realizada en el mes de febrero.





Los Docentes a cargo de los grupos estuvieron presentes en las sesiones y durante la encuesta directa.

Los investigadores quienes en todo el proceso del estudio estuvieron al frente del mismo proporcionando información del tema, aclarando dudas al respecto y siendo parte activa del mismo.



## CAPÍTULO V

### 5. RESULTADOS

El estudio se realizó en 58 estudiantes de las Escuelas de Diseño de Interiores, Ejecución Instrumental y Artes Escénicas de la Facultad de Artes de la Universidad de Cuenca en la ciudad de Cuenca que constituyeron el grupo de intervención.

#### 5.1. Tabla Base

Se realizó una tabla base para la comparación de grupos tomando en cuenta las variables sociodemográficas incluidas en el cuadro No 1.

El total de alumnos intervenidos fue de 58 de los cuales; 37 estudiantes que corresponde al 63,8% tuvieron entre 19 a 24 años; 34 (58,6%) son hombres, y 24 (41,4%) fueron mujeres, lo que demuestra la mayor accesibilidad de la mujer a la sociedad disminuyendo así, progresivamente la inequidad de género. Existe un mayor porcentaje de estudiantes solteros en un total de 52 (89,7%); la mayoría de estudiantes pertenecen a la religión católica en un total de 41 (70,7%); en cuanto a su residencia tuvimos un mayor número de estudiantes procedentes de aéreas urbanas 55(94,8%), esto nos indica que debería existir un mayor interés por parte de los gobiernos de turno por mejorar la accesibilidad de la educación en las áreas rurales, ya que se demostró una marcada diferencia (Ver cuadro N°1)

**Cuadro N°1**

***Características demográficas de los estudiantes de las Escuelas de Diseño de Interiores, Ejecución Instrumental y Artes Escénicas de la Facultad de Artes de la Universidad de Cuenca, frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA. Cuenca, 2009.***

<b>VARIABLES DEMOGRÁFICAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>EDAD</b>		
<18	3	5,2%
19-24	37	63,8%
25-29	16	27,6%
>30	2	3,4%
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>
<b>GENERO</b>		
Masculino	34	58,6%
Femenino	24	41,4%
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Soltero	52	89,7%
Casado	2	3,4%
Divorciado	3	5,2%
Unión libre	1	1,7%
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>
<b>RELIGIÓN</b>		
Católico	41	70,7%
Evangélico	7	12,1%
T. de Jehová	1	1,7%
Otros	9	15,5%
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>
<b>PROCEDENCIA</b>		
Urbano	55	94,8%
Rural	3	5,2%
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>

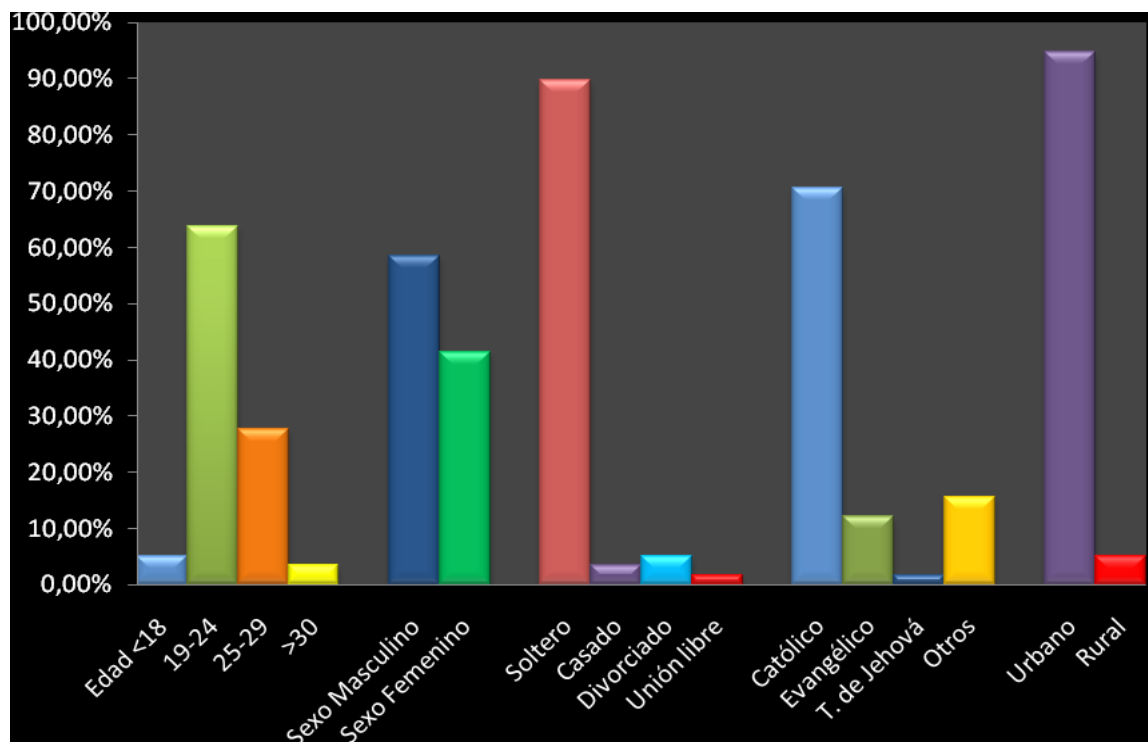
***Fuente:*** Base de datos

***Realizado por:*** Los autores



### **Grafico N°1**

***Variables socio demográficas de los estudiantes de las Escuelas de Diseño de Interiores, Ejecución Instrumental y Artes Escénicas de la Facultad de Artes de la Universidad de Cuenca, frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA. Cuenca, 2009.***



***Fuente:*** Formulario de investigación

***Elaboración:*** Autores.

En el gráfico se puede observar claramente que la mayoría de estudiantes se encuentran entre los 19 y 24 años, son solteros, de religión católica y de procedencia urbana.



## 5.2. Resultados antes y después de la intervención educativa:

### 5.2.1. Resultados en porcentaje de conocimientos, actitudes y prácticas antes y después de la intervención.

En lo que refiere a conocimientos acerca de las ITS pudimos encontrar un incremento significativo en conocimiento de Condiloma de 5,17% a 62,07% y con un valor de p de 0,000; Herpes de 84,48% a 96,55%, con una significancia de 0,027; Tricomonas de 10,34% a 56,9% con un valor de p de 0,000; Clamidia de 8,62% a 41,38% con un valor de p de 0,000; con un promedio total de 0,034; Sífilis de 74,14% a 94,83% con un valor de p de 0,002; no así para SIDA y Gonorrea en los cuales los porcentajes en cuanto al conocimiento no variaron significativamente.

Se logró un incremento en los conocimientos referentes a la transmisión de las ITS sin penetración de 51,72% a 79,31% y un valor de p de 0,002; y por transfusión de sangre de 93,10% al 100%, siendo significativo con 0,042.

A cerca de cómo se manifiestan estas ITS se logró un incremento porcentual total luego de la intervención en relación: al dolor en vientre bajo de 25,86% a 72,41%, y un valor de p de 0.000; secreción genital de 81,03% a 94,83% siendo el promedio de 0.023; verrugas genitales de 67.24% a 94.83% con un valor de p de 0.000; manchas en la piel de 55,17% a 74,14%, siendo significativo con 0,033; inflamación de ganglios de 44,83% a 65,52%, cuyo promedio es 0,025; con un promedio total de 0,015 lo que nos demuestra que fue significativo.

Respecto al conocimiento sobre si son curables o no las ITS encontramos una gran significancia en la mayoría de infecciones, siendo así para: Sífilis de 81,03% a 94,83% con un valor de p de 0,023; Condiloma de 46,55% a 22,41% con una significancia de 0,006; Blenorragia de 77,59% a 96,55% y con un promedio de 0,002; Clamidia de 43,01% a 77,59% con un valor de p de 0,000; Tricomoniasis de 36,21% a 62,07% con una significancia de 0,005.

(Ver cuadro N°2)



## Cuadro N° 2

**Conocimientos de los estudiantes de los estudiantes de las Escuelas de Diseño de Interiores, Ejecución Instrumental y Artes Escénicas de la Facultad de Artes de la Universidad de Cuenca, frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA. Cuenca, 2009.**

Conocimientos	Pre Intervención		Pos Intervención		Significancia (Valor de p)
	N	%	N	%	
Condilomas	3	(5,17%)	36	(62,07%)	0.000
Herpes	49	(84,48%)	56	(96,55%)	0.027
Sífilis	43	(74,14%)	55	(94,83%)	0.002
Sida	57	(98,28%)	58	(100,0%)	0.183
Gonorrea	52	(89,66%)	57	(98,28%)	0,051
Tricomonas	6	(10,34%)	33	(56,9%)	0,000
Clamidias	5	(8,62%)	24	(41,38%)	0,000
Otras	6	(10,34%)	17	(29,31%)	0,010
Sin Penetración	30	(51,72%)	46	(79,31%)	0,002
Con Penetración	56	(96,55%)	57	(98,28%)	0,559
Transfusión	54	(93,10%)	58	(100,0%)	0,042
Madre Infectada	42	(72,41%)	49	(84,48%)	0,114
Beso o Sudor	5	(8,62%)	1	(1,72%)	0,094
Otras	4	(6,9%)	9	(15,52%)	0,141
Dolor en Vientre Bajo	15	(25,86%)	42	(72,41%)	0,000
Secreción por los genitales	47	(81,03%)	55	(94,83%)	0,023
Verrugas en los genitales	39	(67,24%)	55	(94,83%)	0,000
Manchas en la Piel	32	(55,17%)	43	(74,14%)	0,033
Inflamación de Ganglios	26	(44,83%)	38	(65,52%)	0,025
Otras	12	(20,69%)	25	(43,1%)	0,010
Sífilis	47	(81,03%)	55	(94,83%)	0,023
Condiloma	27	(46,55%)	13	(22,41%)	0,006
Blenorragia	45	(77,59%)	56	(96,55%)	0,002
Clamidias	25	(43,1%)	45	(77,59%)	0,000
Sida	2	(3,45%)	0	(0,0%)	0,154
Tricomoniasis	21	(36,21%)	36	(62,07%)	0,005

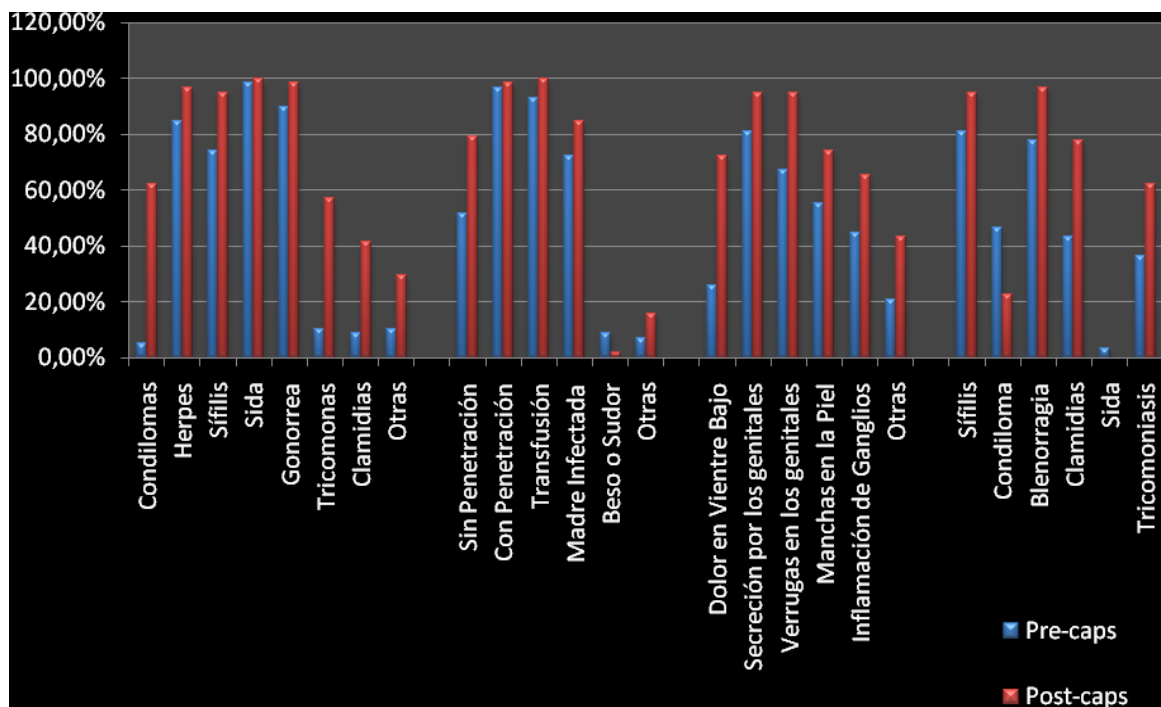
*Fuente: Formulario de investigación*

*Elaboración: Autores.*



## **Grafico N°2**

***Conocimientos de los estudiantes de las Escuelas de Diseño de Interiores, Ejecución Instrumental y Artes Escénicas de la Facultad de Artes de la Universidad de Cuenca, frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA. Cuenca, 2009.***



***Fuente:*** Formulario de investigación

***Elaboración:*** Autores.

En el gráfico podemos observar el aumento de los conocimientos de los estudiantes luego de la intervención en todas las áreas, lo cual demuestra que hubo un hábito interés por parte de los mismos en cuanto a los conceptos relacionados con las ITS.



Al valorar las actitudes de los estudiantes intervenidos de la facultad de artes encontramos que existe una mejoría en la manera de tomar decisiones frente a un amigo con alguna ITS; las recomendaciones que tuvieron mayor significancia fueron: acudir al médico de familia de 68,97% a 93,10% con un valor de  $p$  de 0,001; y conversar con los padres de 74,14% a 93,10%, con un promedio de 0,006.

La actitud de alejarse de algún amigo con ITS fue de 8,62% en la preintervención a 0% en la postintervención, con una significancia de 0,022; ayudarlo de 70,69% a 86,66% luego de la intervención con un valor de  $p$  de 0,010; y de sugerirle visitar al médico fueron de 93,10% al 100%, con un promedio de 0,042.

En cuanto a las actitudes que tomarían para aconsejar algún amigo para no infectarse con alguna ITS, fueron tener conocimiento sobre las mismas de un 91,38% en la preintervención al 100% en la postintervención, con un valor de  $p$  de 0,022; fidelidad de 82,76% a 94,83%, con una significancia de 0,039; aconsejaron el uso del condón de 81,03% a 94,83%, con un promedio de 0,023; relaciones sin penetración de 5,17% a 31,03%, con un valor de  $p$  de 0,000.

Ante la actitud que tomarían para sugerir a un amigo que tiene relaciones con personas desconocidas o poco conocidas, presentaron significancia el uso del condón de 91,38% a 100%, con un valor de  $p$  de 0,022; lavarse los genitales de 72,41% a 91,38% con un valor promedio de 0,008; visitar al médico buscando orientación de 84,48% a 96,55%, con una significancia de 0,027. (Ver cuadro N° 3)



**Cuadro N°3**

***Actitudes de los estudiantes de las escuelas de Diseño de Interiores, Ejecución Instrumental y Artes Escénicas de la Facultad de Artes de la Universidad de Cuenca, frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA. Cuenca, 2009.***

<b>Actitudes</b>	<b>Pre Intervención N %</b>	<b>Pos Intervención N %</b>	<b>Significancia (Valor de p)</b>
Hospital	55(94,83%)	57(98,28%)	0,309
Médico	40(68,97%)	54(93,10%)	0,001
Farmacia	7(12,07%)	6(10,34%)	0,769
Amigo	10(12,24%)	9(15,51%)	0,802
Padres	43(74,14%)	54(93,10%)	0,006
Otras	7(12,07%)	25(43,10%)	0,000
Alejarse	5(8,62%)	0(0%)	0,022
Ayudar	41(70,69%)	52(86,66%)	0,010
Aprendió	1(1,72%)	0(0%)	0,315
Edad	3(5,17%)	1(1,72%)	0,309
Médico	54(93,10%)	58(100%)	0,042
Conocimientos	53(91,38%)	58(100%)	0,022
No Tener Relaciones	16(27,59%)	13(22,41%)	0,520
Fidelidad	48(82,76%)	55(94,83%)	0,039
Escoger bien la pareja	47(81,03%)	54(93,10%)	0,053
Usar Condón	47(81,03%)	55(94,83%)	0,023
Relaciones sin Penetración	3(5,17%)	18(31,03%)	0,000
Condón	53(91,38%)	58(100%)	0,022
Lavarse los Genitales	42(72,41%)	53(91,38%)	0,008
Médico	49(84,48%)	56(96,55%)	0,027
No relaciones con desconocidos	39(67,24%)	47(81,03%)	0,090

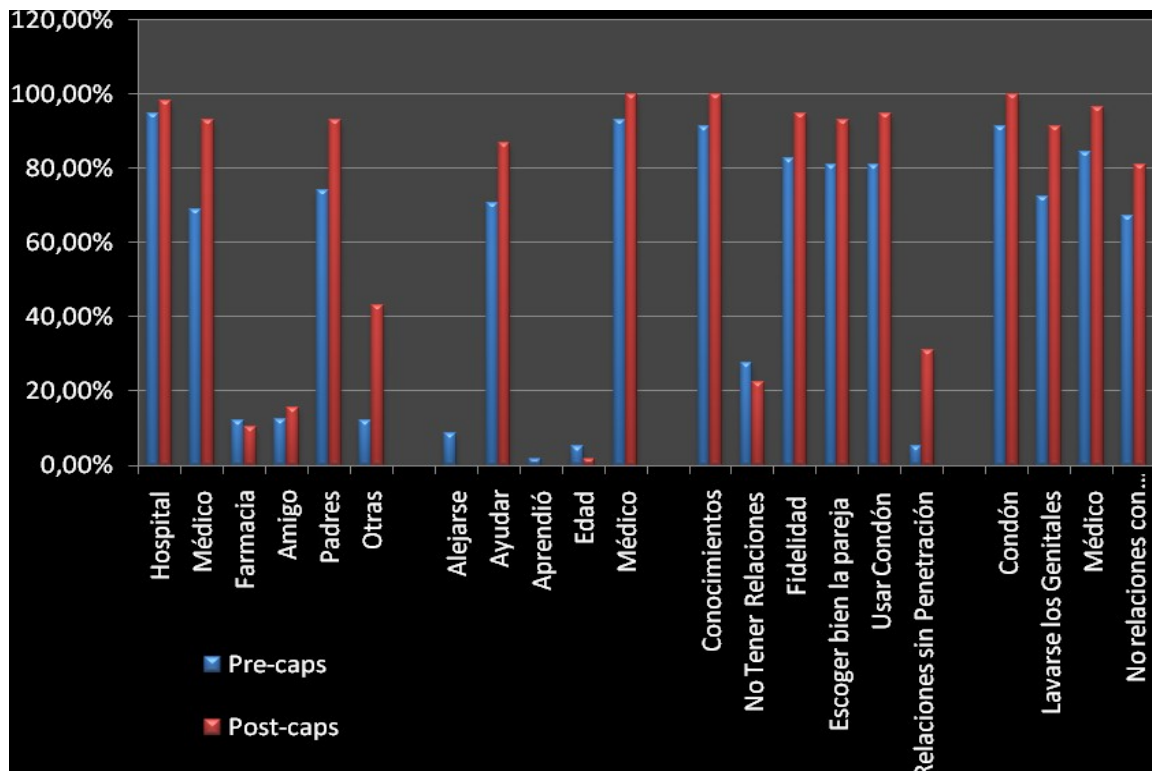
***Fuente:*** Formulario de investigación

***Elaboración:*** Autores.



### Gráfico N°3

**Actitudes de los estudiantes de las escuelas de Diseño de Interiores, Ejecución Instrumental y Artes Escénicas de la Facultad de Artes de la Universidad de Cuenca, frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA. Cuenca, 2009.**



**Fuente:** Formulario de investigación

**Elaboración:** Autores.

Podemos observar en el gráfico que existe una modificación de las actitudes de los estudiantes frente a recomendaciones, consejos y sugerencias de ITS y a la toma de decisiones de los mismos luego de la intervención, sin embargo vemos que éstas no son muy significativas.



En relación a la práctica se observó que tanto en la pre como en la post intervención un mayor porcentaje (44,88%) no tienen relaciones sexuales, es decir practican la abstinencia, manteniéndose así. En cuanto a las personas que si lo practican pudimos observar una disminución en relación al número de personas con las que tienen relaciones (mayor a 2), lo cual es positivo debido a que el mayor número se relaciona con prácticas negativas.

En los aspectos relacionados a la práctica sexual pudimos encontrar que tanto el estado de lucidez que presentaron, con qué sexo, el uso habitual de condón se mantuvo en las mismas condiciones, esto nos demuestra que muy difícilmente se puede cambiar las decisiones que las personas toman para sus hábitos sexuales, siendo en algunos casos positivos como la práctica sexual con el sexo contrario que fue en un 79,31% y se mantuvo; y en otros casos negativo como la práctica del sexo anal de un 22,41%; en estado de embriaguez de un 49,10% y con personas desconocidas o poco conocidas de un 48,28% que también se mantuvieron y que hubiéramos esperado que disminuyeran luego de las intervenciones.

Sin embargo en lo que se refiere al uso del condón en relaciones fortuitas se observó una disminución en cuanto a los que siempre lo usaban de 41,38% a 37,93%, lo que resulta negativo y un aumento de los que usaban ocasionalmente de 24,14% a 25,86% lo que fue positivo, sin embargo esto no fue muy relevante. (Ver cuadro N° 4)

**Cuadro N°4**

***Prácticas de los estudiantes de las Escuelas de Diseño de Interiores, Ejecución Instrumental y Artes Escénicas de la Facultad de Artes de la Universidad de Cuenca, frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA. Cuenca, 2009.***

Prácticas	Recuento	Pre Intervención N %	Pos Intervención N %	Significancia (Valor de p)
Cuántas Personas	0	26(44,88%)	26(44,88%)	0,934
	1	13(22,41%)	19(13,78%)	
	2	7(12,07%)	8(13,79%)	
	3	9(15,52%)	4(6,90%)	
	4	1(1,72%)	1(1,72%)	
	5	1(1,72%)	0(0%)	
	7	1(1,72%)	0(0%)	
Mismo Sexo		0(0%)	0(0%)	.
Sexo Contrario		46(79,31%)	46(79,31%)	.
Ambos Sexos		0(0%)	0(0%)	.
Sexo Oral		27(46,55%)	27(46,55%)	.
Sexo Anal		13(22,41%)	13(22,41%)	.
Coito Genital		46(79,31%)	46(79,31%)	.
Padeció ITS		2(3,49%)	2(3,49%)	0,771
Conversa		28(48,28%)	28(48,28%)	.
Embriaguez		25(43,10%)	25(43,10%)	.
Uso Habitual	Siempre	15(25,86%)	15(25,86%)	.
	Ocasional	26(44,88%)	26(44,88%)	.
	Nunca	5(8,62%)	5(8,62%)	.
Desconocidas		28(48,28%)	28(48,28%)	.
Fortuitas	Siempre	24(41,38%)	22(37,93%)	0,999
	Ocasional	14(24,14%)	15(25,86%)	
	Nunca	4(6,90%)	3(5,17%)	

***Fuente:*** Formulario de investigación.

***Elaboración:*** Autores.



### **5.3. Modificación de los conocimientos, actitudes y prácticas antes y después de la intervención: Prueba T para muestras relacionadas**

#### **Variables de conocimientos** (Ver cuadro N ° 5)

##### **Pregunta 7:** variable reconocer cuales son ITS.

Se obtuvo una media de  $6,45 \pm 1,89$  en la pre intervención y  $8,69 \pm 1,48$  en la pos intervención, en esta pregunta ganaron conocimientos en reconocer como ITS: condiloma, herpes, sífilis, SIDA, gonorrea, tricomoniasis, y clamidiasis los estudiantes del grupo en el que se llevó a cabo la intervención educativa.

En el grupo intervenido, se encontró un valor de p de 0,007 con diferencia significativa.

##### **Pregunta 8:** variable de conocimiento en la forma de transmisión de las ITS.

Se obtuvo una media de  $8,84 \pm 2,27$  en la pre intervención y  $10,29 \pm 1,46$  en la pos intervención, en esta pregunta ganaron conocimientos en las formas de transmisión de las ITS: contacto sexual sin penetración, con penetración, transfusión sanguínea, de madre a hijo los estudiantes del grupo en el que se llevó a cabo la intervención educativa.

En el grupo intervenido, se encontró un valor de p de 0,000 con diferencia significativa.

##### **Pregunta 9:** variable conocimiento sobre las manifestaciones de las ITS.

Los estudiantes del grupo intervenido obtuvieron una media de  $5,93 \pm 2,84$  antes de la intervención y después de  $8,45 \pm 1,98$  en reconocer los síntomas de las ITS; el grupo intervenido ganó conocimientos con respecto a las manifestaciones: dolor en vientre bajo, secreción y verrugas de genitales, manchas en la piel e inflamación de los ganglios.

Se encontró un valor de p de 0,000 en el grupo intervenido siendo estadísticamente significativa.



**Pregunta 10:** variable conocimiento sobre si son curables las ITS.

Los estudiantes del grupo intervenido obtuvieron una media de  $4,09 \pm 2,49$  antes de la intervención y después de  $7,79 \pm 2,1$  en reconocer si son curables o no las diferentes ITS; el grupo intervenido ganó conocimientos con respecto a esta pregunta.

Se encontró un valor de p de 0,018 en el grupo intervenido siendo estadísticamente significativa.



### **Cuadro N° 5**

***Conocimientos de los estudiantes de las Escuelas de Diseño de Interiores, Ejecución Instrumental y Artes Escénicas de la Facultad de Artes de la Universidad de Cuenca, frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA. Cuenca, 2009.***

CONOCIMIENTOS	Preintervención		Postintervención		Valor de p
	Media	DS	Media	DS	
Calificación 7	6,45	1,89	8,69	1,48	0,007
Calificación 8	8,84	2,27	10,29	1,46	0,000
Calificación 9	4,9	2,49	7,79	2,1	0,000
Calificación 10	5,93	2,84	8,45	1,98	0,018

***Fuente:*** Formulario de investigación

***Elaboración:*** Autores.



**Variables actitudes** (Ver cuadro N° 6).

**Pregunta 11:** variable de actitud ante un amigo que padeciera una ITS a donde le recomendaría acudir.

En el grupo de intervención la media fue de  $6,98 \pm 2,37$  antes de la intervención y de  $8,79 \pm 1,42$  después de la intervención

El valor de p es de 0,003 es decir que existe significancia estadística en la actitud de las personas ante la recomendación más acertada para la ayuda ante un problema de ITS.

**Pregunta 12:** variable de actitud ante un amigo que padece una ITS

La media fue de  $8,1 \pm 2,96$  antes de la intervención y de  $9,55 \pm 1,24$  después de la intervención.

El valor de p en el estudio fue de 0,000 es decir que existe una gran significancia estadística en la actitud que tomarían los alumnos ante un amigo que se encontraría con una ITS, demostrando que los tabús y mitos de alejamiento quedan a un lado y que el apoyo y comprensión refuerzan para la toma de actitudes ante la enfermedad.

**Pregunta 13:** variable de actitud consejo a un amigo para no infectarse con una ITS.

En el grupo intervenido se encontró una media de  $6,4 \pm 2,16$  antes de la intervención y de  $8,12 \pm 1,14$  después de la intervención.

El valor de p fue de 0,000 siendo significativa demostrando que los consejos a futuro que se van a dar, ayudaran mas para saber limitaciones y evitar una ITS.

**Pregunta 14:** variable de actitud; consejo a un amigo que tiene relaciones sexuales con desconocidos





En el grupo intervenido se encontró una media de  $7.9 \pm 2,26$  antes de la intervención y de  $6,19 \pm 1,48$  después de la intervención.

El valor de p fue de 0,000 siendo también significativo demostrando que si se va tener relaciones con desconocidos se van a tomar las mejores medidas higiénicas preventivas para disminuir riesgos.



### **Cuadro N° 6**

***Actitudes de los estudiantes de las Escuelas de Diseño de Interiores, Ejecución Instrumental y Artes Escénicas de la Facultad de Artes de la Universidad de Cuenca, frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA. Cuenca, 2009.***

<b>ACTITUDES</b>	<b>Preintervención</b>		<b>Postintervención</b>		
	Media	DS	Media	DS	Valor de p
<b>Calificación 11</b>	<b>6,98</b>	<b>2,37</b>	<b>8,79</b>	<b>1,42</b>	<b>0,003</b>
<b>Calificación 12</b>	<b>8,1</b>	<b>2,96</b>	<b>9,55</b>	<b>1,24</b>	<b>0,000</b>
<b>Calificación 13</b>	<b>6,4</b>	<b>2,16</b>	<b>8,12</b>	<b>1,45</b>	<b>0,000</b>
<b>Calificación 14</b>	<b>7,9</b>	<b>2,26</b>	<b>6,19</b>	<b>1,48</b>	<b>0,000</b>

***Fuente:*** Formulario de investigación

***Elaboración:*** Autores.

**Variables de prácticas** (Ver cuadro N° 7).

**Pregunta 17:** variable de práctica con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses.

La media antes de la intervención fue de  $4,97 \pm 2,04$  y después de la intervención de  $4,76 \pm 1,87$  en el grupo intervenido.

El valor de p fue de 0,007, existe significancia estadística antes y después de la intervención, es decir que disminuyó el número de personas con las que tienen relaciones sexuales.

**Pregunta 18:** variable de práctica: relaciones heterosexuales, bisexuales, homosexuales.

La media fue de  $4.45 \pm 1,60$  antes de la intervención y de  $5,15 \pm 2,75$  después de la intervención.

Existe significancia estadística en esta pregunta ya que el valor de p es de 0.007 antes y después de la intervención.

**Pregunta 19:** Hábito sexual.

La media antes de la intervención fue de  $5.21 \pm 2.45$  y de  $4.70 \pm 1.76$  después de la intervención.

Existe significancia estadística antes y después de la intervención porque el valor de p fue de 0,000.

**Pregunta 23:** utilización del condón en las relaciones habituales con la pareja.

Antes de la intervención la media fue de  $5.97 \pm 1.60$  y después de la intervención fue de  $6,05 \pm 1.53$ .

El valor de p fue de 0,000 es decir, existe modificación en la utilización del preservativo en las relaciones sexuales con su pareja.



**Pregunta 26:** utilización de preservativo en relaciones fortuitas.

La media fue de  $7.43 \pm 2.69$  antes de la intervención y de  $7,66 \pm 2.72$  después de la misma.

El valor de p fue de 0.000, es decir tuvo significancia estadística.

Las preguntas 20,21, 22, 24 y 25 fueron evaluadas pero no calificadas



### **Cuadro N° 7**

***Prácticas de los estudiantes de las Escuelas de Diseño de Interiores, Ejecución Instrumental y Artes Escénicas de la Facultad de Artes de la Universidad de Cuenca, frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA. Cuenca, 2009.***

<b>PRACTICAS</b>	<b>Preintervención</b>		<b>Postintervencion</b>		<b>Valor de p</b>
	<b>Media</b>	<b>DS</b>	<b>Media</b>	<b>DS</b>	
<b>Calificación 17</b>	<b>4,97</b>	<b>2,04</b>	<b>4,76</b>	<b>1,87</b>	<b>0,007</b>
<b>Calificación 18</b>	<b>4,45</b>	<b>1,60</b>	<b>5,15</b>	<b>2,75</b>	<b>0,000</b>
<b>Calificación 19</b>	<b>5,21</b>	<b>2,45</b>	<b>4,70</b>	<b>1,76</b>	<b>0,000</b>
<b>Calificación 23</b>	<b>5,97</b>	<b>1,60</b>	<b>6,05</b>	<b>1,53</b>	<b>0,000</b>
<b>Calificación 26</b>	<b>7,43</b>	<b>2,69</b>	<b>7,66</b>	<b>2,72</b>	<b>0,000</b>

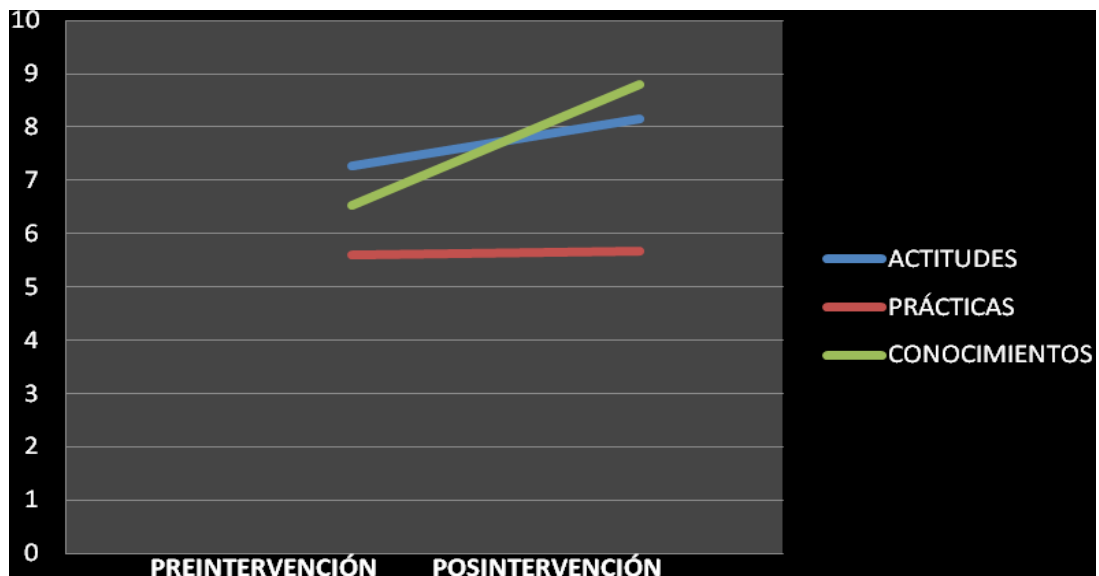
***Fuente:*** Formulario de investigación

***Elaboración:*** Autores.



#### Grafico N° 4

***Modificación de los conocimientos, actitudes y prácticas, sobre Infecciones de transmisión sexual antes y después de la intervención en los estudiantes de las Escuelas de Diseño de Interiores, Ejecución Instrumental y Artes Escénicas de la Facultad de Artes de la Universidad de Cuenca, 2009.***



***Fuente:*** Formulario de investigación

***Elaboración:*** Autores.

En el presente grafico se puede apreciar un incremento de los conocimientos y actitudes por parte de los estudiantes, no así en lo que respecta a las prácticas que se mantuvo.

#### **5.4 Escala de Auto eficacia para prevenir el SIDA**



### Subescala A

La subescala A contiene preguntas que van de A1 a la pregunta A11; se refieren al nivel de seguridad de decir NO a las relaciones sexuales en diferentes circunstancias. Se tomó en cuenta la mayor seguridad; es decir muy seguro o total seguro. (Ver cuadro N° 8)

Se encontró un 44,83% antes de la intervención y 63,7% después de la misma aumentando la seguridad de decir no a una persona que ha tratado con anterioridad con una  $p$  de 0.038 que demuestra significancia. De la misma manera se obtuvo un 44,83% antes y 63.79 después, incrementando la seguridad de los estudiantes para negarse a tener relaciones sexuales con alguien quien desea tratar de nuevo con una significancia de  $p$  de 0.038. También se obtuvo un 44,83% antes y 60.34% después, incrementando la seguridad de los estudiantes para negarse a tener relaciones sexuales con alguien que ya ha tenido relaciones sexuales con una significancia de 0.091.



### **Cuadro N° 8**

***Autoeficacia de los estudiantes de las Escuelas de Diseño de Interiores, Ejecución Instrumental y Artes Escénicas de la Facultad de Artes de la Universidad de Cuenca, frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA medida por el nivel de mayor seguridad subescala A de preguntas, antes y después de la intervención. Cuenca 2009.***

<b>Seguridad A</b>	<b>Pre Intervención</b>	<b>Pos Intervención</b>	<b>Significancia</b>
	<b>N %</b>	<b>N %</b>	<b>(Valor de p)</b>
Alguien conocido hace 30 días	23(39,66%)	26(44,83%)	0.570
Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti	28(48,28%)	32(55,17%)	0.453
Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti	32(55,17%)	39 (67,24%)	0.176
Alguien a quien has tratado con anterioridad	26(44,83%)	37(63,79%)	0.038
Alguien a quien deseas tratar de nuevo	26(44,83%)	37(63,79%)	0,038
Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales	26(44,83%)	35(60,34%)	0,091
Alguien a quien necesitas que se enamore de ti	34(58,62%)	37(63,79%)	0,562
Alguien que te presione a tener relaciones sexuales	31(53,45%)	33(56,9%)	0,706
Alguien con quien has estado bebiendo alcohol	25(43,1%)	26(44,83%)	0,851
Alguien con quien has estado utilizando drogas	35(60,34%)	36(62,07%)	0,847
Alguien y tu nivel de excitación sexual es muy alto	20(34,48%)	20(34,48%)	1,000

***Fuente:*** Formulario de investigación

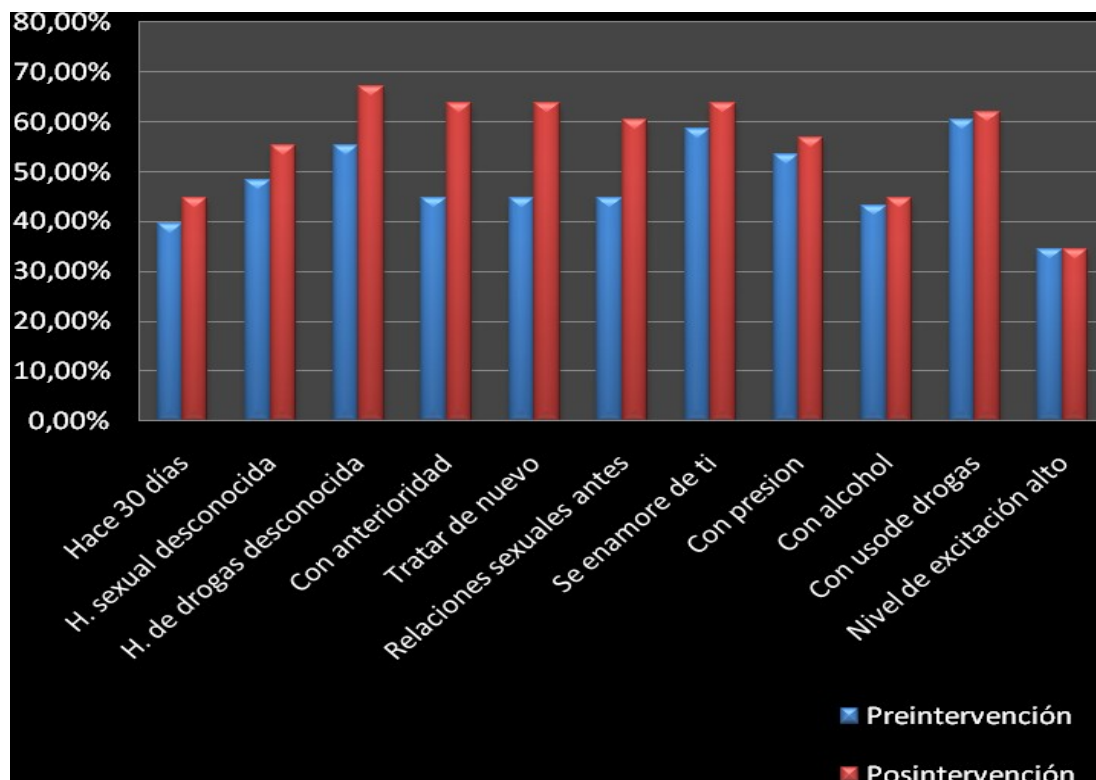
***Elaboración:*** Autores.





### **Grafico N° 5**

***Autoeficacia de los estudiantes de las Escuelas de Diseño de Interiores, Ejecución Instrumental y Artes Escénicas de la Facultad de Artes de la Universidad de Cuenca, frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA medida por el nivel de mayor seguridad subescala A de preguntas, antes y después de la intervención. Cuenca 2009.***



***Fuente:*** Formulario de investigación

***Elaboración:*** Autores.

En el grafico podemos observar un incremento por parte de los estudiantes luego de la intervención en cuanto a las actitudes y practicas al decir no en ciertas situaciones, lo cual demuestra que si existe una preocupación por evitar estos tipo de acciones ya que pueden con llevar futuros riesgos.



### Subescala B:

La subescala B de autoeficacia está formada por preguntas que hacen referencia a la seguridad percibida de preguntar al novio/novia sobre relaciones sexuales anteriores, uso de drogas, experiencia homosexual y discutir sobre el SIDA. Consta de 4 preguntas y se tomó en cuenta la mayor seguridad (muy seguro y total seguro de la escala). (Ver cuadro N° 9)

Existió un incremento de la seguridad en los estudiantes de preguntar al novio/a sobre el uso de drogas de 77,57% a 81,03%; sobre la prevención del SIDA de 82,76% a 86,21% y sobre alguna experiencia homosexual de 58,62% a 60,34%; sin embargo en cada caso no hubo un cambio significativo.



### **Cuadro N° 9**

***Autoeficacia de los estudiantes de las Escuelas de Diseño de Interiores, Ejecución Instrumental y Artes Escénicas de la Facultad de Artes de la Universidad de Cuenca, frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA. Cuenca, 2009.***

<b>Seguridad B</b>	<b>Pre Intervención N %</b>	<b>Pos Intervención N %</b>	<b>Significancia (Valor de p)</b>
Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga	45(77,57%)	47(81,03%)	0,635
Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a	48(82,76%)	50(86,21%)	0,590
Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado	43(74,14%)	43(74,14%)	.
Preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual	34(58,62%)	35(60,34%)	0,848

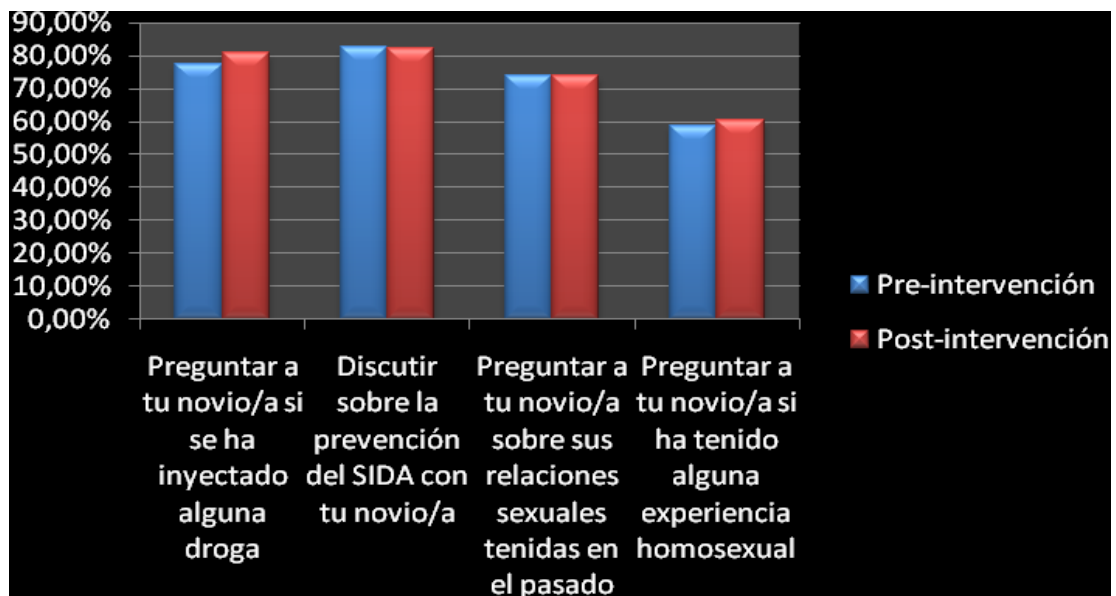
***Fuente:*** Formulario de investigación

***Elaboración:*** Autores.



### Gráfico N°6

***Auto eficacia de los estudiantes de las escuelas de Diseño de Interiores, Ejecución Instrumental y Artes Escénicas de la Facultad de Artes de la Universidad de Cuenca, frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA. Cuenca, 2009.***



***Fuente:*** Formulario de investigación.

***Elaboración:*** Autores.

En el gráfico podemos observar el aumento de seguridad frente a los temas expuestos luego de la intervención a los estudiantes, sin embargo notamos claramente que el cambio no se presenta significativo.



### Subescala C:

La subescala C de preguntas recoge el nivel de seguridad percibida por los estudiantes en relación al uso del preservativo, fidelidad con la pareja, abstinencia sexual, confianza con los padres (Ver cuadro N° 10)

Existe un incremento en la seguridad de los estudiantes para utilizar preservativo cada vez que tengan una relación sexual de 62,07% a 65.52%. Se incrementó de 51.72% a 55,17% el uso correcto del condón durante el acto sexual después de haber consumido alcohol y el uso correcto del condón durante el acto sexual después de haber consumido drogas se incremento de 50,00% a 53.45%.

En resto de acciones tanto: de usar o no, si existe negación por parte de otra persona, dinero, vergüenza, fidelidad, y platicar con familiares no existe cambios en la forma de pensar ya que los porcentajes se mantienen.

**Cuadro N° 10**

***Autoeficacia de los estudiantes del Octavo Ciclo de la Universidad de Cuenca de la Facultad de Psicología sobre ITS y VIH-SIDA medida por el nivel de mayor seguridad subescala C de preguntas, antes y después de la intervención. Cuenca 2009.***

<b>Seguridad C</b>	<b>Pre Intervención</b>	<b>Pos Intervención</b>	<b>Significancia(</b>
	<b>N %</b>	<b>N %</b>	<b>p) (Valor de p)</b>
Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales	36(62,07%)	38(65,52%)	0,695
Usar correctamente el condón	49(84,48%)	50(82,1%)	0,782
Usar el condón durante el acto sexual en estado alcohólico	30(51,72%)	32(55,17%)	0,707
Usar el condón en el acto sexual después de consumir droga	29(50,0%)	31(53,45%)	0,708
Insistir en el uso del condón incluso si tu novio/a prefiere no usarla	30(51,72%)	32(55,17%)	0,707
Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar condón	27(46,55%)	27(46,55%)	1,000
Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones	38(65,51%)	38(65,51%)	1,000
Acudir a la tienda a comprar condones	38(65,51%)	38(65,51%)	1,000
Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida	32(55,17%)	32(55,17%)	1,000
Platicar con tu papá sobre temas sexuales	32(55,17%)	32(55,17%)	1,000
Platicar con tu mamá sobre temas sexuales	21(36,2%)	21(36,2%)	1,000

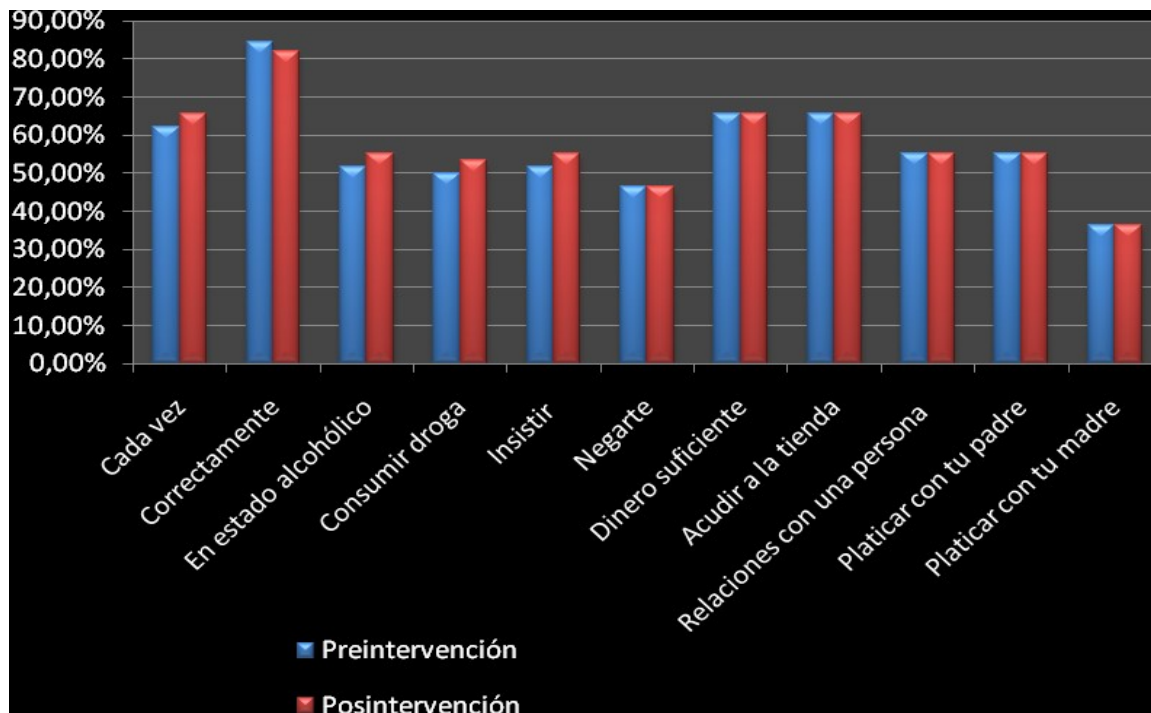
***Fuente:*** Formulario de investigación

***Elaboración:*** Autores.



### Gráfico N° 7

***Autoeficacia de los estudiantes del Octavo Ciclo de la Universidad de Cuenca de la Facultad de Psicología sobre ITS y VIH-SIDA medida por el nivel de mayor seguridad subescala C de preguntas, antes y después de la intervención. Cuenca 2009.***



***Fuente:*** Formulario de investigación

***Elaboración:*** Autores.

En el grafico podemos apreciar que existió una concientización en el uso del preservativo tanto en la forma de manejarlo, usarlo cada vez que tenga relaciones, en estados de alcohol o drogas, existiendo un aumento porcentual; en cambio: cuando existe negación, acudir a comprar, tener dinero, y platicar sobre temas sexuales con familiares se mantuvieron lo que demuestra que todavía existe falta de comunicación familiar y por parte del estado el papel en educar a la población y concientizar sobre la prevención de ITS.



### 5.5. Muestra de T relacionadas para la Autoeficacia sobre VIH/SIDA:

En la Subescala A, la cual medía el nivel de seguridad de decir NO a las relaciones sexuales en diferentes circunstancias, se detectó un incremento en la confianza de los estudiantes debido a que la media antes de la intervención fue de  $5,33 \pm 3,54$  y después de la intervención de  $6,24 \pm 3,54$ ; con una significancia estadística ya que el valor de p es de 0,001. Esto nos demuestra que los estudiantes al aumentar su nivel de seguridad pueden prevenir de mejor manera las ITS.

En cuanto a la subescala B y C no existió un verdadero cambio debido a que el valor de p es de 0,096 y 0,162 respectivamente. (Ver cuadro N° 11)





**Cuadro N° 11**

***Auto eficacia de los estudiantes de las escuelas de Diseño de Interiores,  
Ejecución Instrumental y Artes Escénicas de la Facultad de Artes  
de la Universidad de Cuenca, frente a las infecciones de  
transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA. Cuenca, 2009.***

SEGURIDAD	PREINTERVENCIÓN		POSTINTERVENCIÓN		VALOR p
	MEDIA	DS	MEDIA	DS	
Subescala A	5,33	3,54	6,24	3,54	0,001
Subescala B	2,98	1,43	3,07	1,33	0,096
Subescala C	6,60	3,76	6,77	3,60	0,162

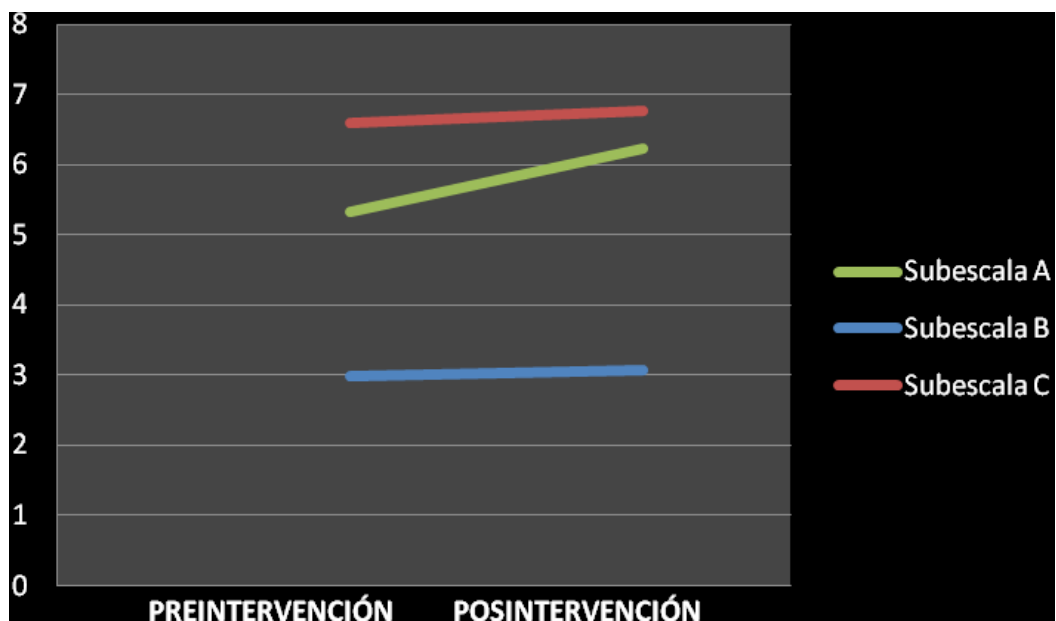
***Fuente:*** Formulario de investigación

***Elaboración:*** Autores.



### **Gráfico N° 8**

***Auto eficacia de los estudiantes de las escuelas de Diseño de Interiores, Ejecución Instrumental y Artes Escénicas de la Facultad de Artes de la Universidad de Cuenca, frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA. Cuenca, 2009.***



***Fuente:*** Formulario de investigación

***Elaboración:*** Autores.

Podemos observar en el gráfico que la subescala A incrementó luego de la intervención, aumentando así el nivel de seguridad de los estudiantes en lo que se refiere al decir NO a las relaciones en diversas circunstancias y previniendo de la misma manera las ITS, es decir, los estudiantes aumentaron el grado de consciencia de lo que significa tener una ITS y las consecuencias que puede traer la misma; sin embargo, también podemos observar en el gráfico que tanto la subescala B como la C, no disminuyeron y aunque se mantienen, indica que todavía no existe un nivel definido de seguridad en cuanto a cuestionamientos sobre vida sexual anterior de la pareja y acerca del SIDA, así como también están los temas del uso del preservativo, fidelidad con la pareja, abstinencia sexual,



confianza con los padres, entre otros. Lo nos deja ver claramente que todavía vivimos bajo una sociedad tradicionalista que no da oportunidad al cambio y a su avance en lo que se refiere a los temas de sexualidad, ya que seguimos con un estilo de vida definido por los tabúes y la cultura de la gente.



## CAPITULO VI

### 6. DISCUSIÓN

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son tan antiguas como la humanidad. En América la mayoría de ITS, fueron introducidas durante la conquista y se han mantenido por siglos, ganado preponderancia gracias a la importación de costumbres y conductas ajenas a nuestra cultura. (48)

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS), ha estimado que las ITS, incluyendo el VIH/SIDA, constituyen a escala mundial la causa de enfermedad más importante en hombres de entre 15 a 44 años y es la segunda causa de enfermedad más importante (después de las causas maternas) en mujeres jóvenes de países en vías de desarrollo.

El último informe que se realizó en el 2007, indica cifras mundiales de personas que vivían con el VIH, con un total de 33,2 millones de personas [30,6–36,1 millones]; de los cuales 30,8 millones [28,2–33,6 millones] son adultos, 15,4 millones [13,9–16,6 millones] son mujeres y 2,5 millones [2,2–2,6 millones] son menores de 15 años.

Se estima que hubieron 2,5 millones [1,8–4,1 millones] de personas recientemente infectadas con el VIH en el año 2007; de los cuales 2,1 millones [1,4–3,6 millones] fueron adultos y 420 000 [350 000–540 000], menores de 15 años. Se han reportado 14.000 nuevas infecciones por día en el año 2007 y el 95% de estas infecciones ocurrieron en países de bajos ingresos.

La epidemia del VIH en América Latina se mantiene estable por lo general, y la transmisión del VIH sigue produciéndose en poblaciones de mayor riesgo de exposición, entre ellas, profesionales del sexo y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. El número estimado de nuevas infecciones por el VIH en América Latina en 2007 fue 100 000 [47 000– 220 000], lo que eleva a 1,6 millones [1,4 millones–1,9 millones] el número de total de personas que viven con el VIH en esta región.

En América del Sur, las relaciones sexuales sin protección entre varones es un factor importante en las epidemias de Bolivia, Chile, Ecuador y Perú, así como en varios países de América Central, entre ellos, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá.



En Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y Perú, las infecciones por el VIH continúan concentradas entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. (47)

En nuestro país se han reportado 12.246 casos de VIH/SIDA desde 1984 al 2007. De ellos 2358 se reportaron en el año 2007 es decir el 19% del total de casos. El 75,3% de casos del 2007 se reportan en la región Costa y de ellos el 4% corresponde a la provincia de Esmeraldas, desconociéndose aspectos relevantes sobre las características de la misma, en áreas geográficas pequeñas (cantones, parroquias y comunidades) y/o en áreas rurales, información que permitiría una mejor planificación de actividades de prevención. (48)

La enfermedad no sólo tiene repercusiones para el propio paciente, sino también para las personas que la rodean y la manera en que los familiares afrontan la situación va a tener gran importancia en cómo lo haga el enfermo, además está claro que esta situación es de gran impacto emocional condicionado por múltiples temores, mitos e ignorancia que llevan al rechazo de la persona que vive con el VIH/SIDA, es decir, tiene repercusiones a nivel personal, familiar, social y económico, por lo que estamos hablando de la necesidad de un enfoque multidisciplinario. (49) Ante esta situación, la cual constituye un problema para el desarrollo del país, consideramos es necesario abordar los temas de las ITS y sobre todo del VIH / SIDA dentro de los jóvenes y adolescentes, que por los estudios realizados, ha llegado a constituir el grupo más vulnerable, siendo importante ante todo los aspectos de prevención y luego de una curación de forma integral.

La mejor forma de prevenir la transmisión es no tener relaciones sexuales con personas infectadas, sin embargo, muchas personas pueden tener la infección y no saberlo porque no presentan síntomas. Entonces, el método más seguro para prevenir las ITS es usar siempre condón en todas las relaciones sexuales con pareja(s) casual(es) y promiscuas; tener una sola pareja sexual que no tenga una ITS y ser mutuamente fieles; practicar la abstinencia sexual y prevenir el abuso de alcohol y drogas, porque limita el control frente las medidas de prevención del VIH (favorece las relaciones sexuales casuales sin uso del condón). (50)

Nuestro estudio a través de la intervención educativa con el respaldo teórico de Vigotsky, Bandura, Ausubel y Paulo Freire trata de difundir conocimientos acerca de la prevención de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA y con esto modificar conductas e



incrementar la seguridad y autoeficacia de los estudiantes de las escuelas de Diseño de Interiores, Ejecución instrumental y Artes Escénicas de la Facultad de Artes.

La muestra de nuestro estudio, estuvo conformada por 58 estudiantes de las escuelas de Diseño de Interiores, Ejecución Instrumental y Artes Escénicas de la Facultad de Artes de la Universidad de Cuenca en el año 2009.

En cuanto a las variables sociodemográficas, encontramos que: el 89,7% de todos los estudiantes fueron solteros; de sexo masculino 58,6% y femenino el 41,4%; la edad estuvo comprendida entre los 19 a 24 años en un 63,8%, con una media de 23.06 años, pertenecieron a la religión católica el 70,7%; mientras que la mayoría de la población fue de la zona urbana 94,8%; en un estudio, J. Micher realizado en México sobre el nivel de conocimientos y prácticas de riesgo para enfermedades de transmisión sexual (ETS) en alumnos de primer ingreso a la Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM, nos indica que en una muestra de 31.766 alumnos de primer ingreso al bachillerato cuya edad promedio fue de 15.5 años y 22,447 a alumnos de primer nivel de licenciatura con una edad promedio de 18 años. Del total de la muestra, 48% perteneció al sexo femenino y el 52% restante al masculino, resultado similar a nuestro estudio. (51). A diferencia de nuestro estudio H. Pradal; N. Trujillo; N. Navarro y A. Martínez, en su intervención educativa para elevar conocimientos sobre las ITS/VIH/SIDA en jóvenes realizado en Cuba, con una muestra de 201 jóvenes de la Facultad de Tecnología encuentra predominio del sexo femenino con un 71.65%, con respecto al masculino 28.35%. Además existió mayor participación en el estudio de estudiantes en edades de 19-22 años con 88 estudiantes lo que representó el 43.78% del total de la muestra. (52) Y por último, en otro estudio acerca de Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario realizado en Chile, en el que E. González, T. Molina, A. Montero, V. Martínez y C. Leyton nos indican que en su intervención constituida por 4.971 adolescentes que habían iniciado actividad sexual de ambos sexos, entre 12 y 19 años, que consultaron en el Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral de la Adolescencia, CEMERA de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, de éstos, 4.550 (91,5%) eran mujeres y 421 (8,5%) eran varones, es decir, de la misma forma en este estudio predominaron las mujeres. (53)

Las ITS que conocían los estudiantes, antes y después de la intervención fueron: Condiloma 5,17% y 62,07% incrementó un 56,9%; Tricomonas 10,34% y 56,9%, incrementó 46,56%; Clamidia 8,62% y 41,38%, incrementándose 32,76%; Sífilis 74,14% y 94,83% aumentando 20,69%; Herpes 84,48% y 96,55%, incrementándose 12,07%; y SIDA de 98,28% a 100%. Freire E. en su estudio realizado en Cuenca sobre evaluación y modificación de los conocimientos actitudes y prácticas de los conscriptos de los cuarteles



Dávalos y Portete, frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA nos indica que los conscriptos reconoce antes de la intervención: SIDA, Gonorrea y Sífilis en el 76.1%, 72.4% y 41.7%, después de la intervención sube a 95.8%, 96.5% y 90.2% respectivamente, similar a nuestro estudio. (54) Sin embargo, en otro estudio sobre Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes, en Bucaramanga-Colombia Vera M, López N, Orozco L y Caicedo L. nos indican que el 96% de los jóvenes dijo saber que son las enfermedades de transmisión sexual (ETS), identificando entre las opciones dadas como ETS, al SIDA (98%), gonorrea (93%) y sífilis (80%). (55) Y otro estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de la Universidad Católica de Colombia, González F. nos muestran que Las E.T.S más conocidas son el SIDA (51.8%), Herpes (12.2%), Sífilis (12.1%), y Gonorrea (9.6%). (56). Otro estudio acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre ITS y VIH en estudiantes de Lima Metropolitana, en la Facultad de medicina de la Universidad Mayor de San Marcos, Velázquez A. también nos muestra los cambios de los conocimientos de los adolescentes entrevistados en cuanto a los tipos de ITS fue para gonorrea 26% más, para sífilis 24% más, para chlamydia 22% más, herpes genital 21% más y el chancro blando 13% más. También se incrementó el porcentaje de adolescentes que conociera de VIH (15% más) y SIDA (17% más). (57)

Sobre transmisión de las ITS en nuestro estudio se encontró: por relaciones sexuales sin penetración de 51,72% a 79,31%, aumentando 27,59%; con penetración 96,55% antes a 98,28% después de la intervención incrementándose 1,73%; por medio de transfusión de sangre 93,10% al 100% la misma que aumento 6,9%, de madre a hijo de 72,41a 84,48% aumento 12,09% y por el sudor o beso de 8,62% a 1,72% la cual disminuyo de manera favorable 6,9%. Freire. E, nos indica que en los conscriptos, frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS), que el 37.5% del grupo intervenido tenía una idea errónea de transmisión por el beso o sudor, luego de la intervención descendió para el grupo intervenido a 30% con un descenso en el grupo intervenido de 7.5% y subió en el grupo control al 26.2%. (54). H. Pradal; N. Trujillo; N. Navarro y A. Martínez, en su intervención educativa para elevar conocimientos sobre las ITS/VIH/SIDA en jóvenes realizado en Cuba, con una muestra de 201 jóvenes de la Facultad de Tecnología y de edades comprendidas entre 19-30 años nos indican que en cuanto a las formas de transmisión del VIH se encontró que 197 estudiantes (98%) consideraron las relaciones sexuales vaginales como forma de transmisión sexual en la primera encuesta; ascendiendo a un 100% en la segunda.



Otras vías por las que se transmite el VIH fueron señaladas, como la vía anal por 133 estudiantes (66.16%) y la vía buco vaginal por 113 estudiantes (56.21%) en la primera encuesta, conocimientos que ascendieron luego de las intervenciones educativas y aplicar la segunda encuesta al 97.61% y 98% respectivamente.

Se identificaron otras formas de transmisión como agujas, jeringuillas contaminadas y tatuajes con un 15.92% (32 estudiantes) en la primera encuesta cuyos conocimientos fueron confirmados al aplicar la segunda a un 93.03% (187 estudiantes) que reconocieron estas vías como forma de infectarse con el virus del VIH. (52)

Con respecto a las manifestaciones de las ITS se obtuvo: dolor en vientre bajo 25,86% a antes de la intervención y después 72,41% existiendo un incremento de 46,55%; secreción por los genitales antes de 81,03% a 94,83% después de la intervención, incrementando un 13,8%; verrugas en los genitales se obtuvo 67.24% antes, 94.83% después, incrementando 27,59%; en cuanto a manchas en la piel 55,17% a 74,14%, aumentó 18,97%; e inflamación de ganglios se encontró que conocían un 44,83% antes y un 65,52% después de la intervención, aumentando 20,69%; Freire. E frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA nos demuestra que el 79.3% del grupo intervenido reconocían como vía de transmisión las transfusiones sanguíneas antes de la intervención, el porcentaje subió para el grupo intervenido a 97.2% manteniéndose en 88.5% en el grupo control. (54). Velázquez A en un estudio realizado en jóvenes mostró diferencias significativas, al comparar las preguntas antes y después sobre presencia de pus en el pene 18%. (57) En el estudio de MD. Guerrero Masiá y cols., con una muestra de 262 jóvenes de entre 14 y 18 años, las opciones son: "secreciones purulentas", "ardor o dolor en genitales" y "escozor al orinar". El 41,3%, 52,3% y 61,3%, respectivamente, no reconocen esos síntomas como asociados a ITS. Estos datos concuerdan con los aportados en nuestro trabajo de que la mayoría de los adolescentes conocen poco de enfermedades como sífilis y gonorrea. (58)

Sobre la pregunta, si saben que ITS son curables o no, se encontró un aumento en Sífilis de 81,03% a 94,83% luego de la intervención, incrementando 13,8%; blenorragia 77,59% a 96,55% con un aumento de 18,96% después de la intervención; Clamidia de 43,01% a 77,59%, incrementando 34,58%; Tricomoniasis 36,21% a 62,07%, e incrementó 25,86%; y solamente un descenso de 46,55% a 22,41%, disminuyendo un 24,14% en cuanto a condiloma, y en cuanto a si el VIH/ SIDA es curable o no, solo el 3,45% de los estudiantes respondió que podía curarse y el 96,55% dijo que no, sin embargo luego de la intervención educativa bajó positivamente a 0%.





Los estudiantes todavía desconocen sobre cuales enfermedades son curables lo que indica que requieren refuerzo en este conocimiento. En un estudio acerca del conocimiento de los adolescentes sobre las infecciones de transmisión sexual realizado en la Habana, con una muestra de 534 estudiantes, M. Martínez, M.E. Alonso, C. Rodríguez y M Quevedo, nos indican que los criterios de curación de las ITS según los conocimientos de los adolescentes. Se pudo comprobar que existía un buen criterio de enfermedades no curables como el SIDA con 533 respuestas para un 99.81 %, similar a nuestro estudio. Igualmente se identificaron como curables por encima del 90% la Gonorrea con 521 respuestas , para un 97.56% y la Sífilis con 497 para un 93.07%. Por el contrario se pudo apreciar que enfermedades tan frecuentes como la Vaginosis Bacteriana y Trichomoniasis fueron identificadas erróneamente por un gran número de adolescentes como incurables, con más del 50%. La mayoría considero que la Clamydia no tenia cura por un 96.56% y un grupo de estudiantes considero como curable el Herpes Simple Genital (82.96%). (59)

Sobre la actitud que tomarían los estudiantes de alejarse de un amigo que tenga ITS se obtuvo: antes de la intervención 8,62% y después disminuyó favorablemente a 0%.

Freire E demuestra que la actitud de alejarse de un amigo(a) con ITS se considera como una actitud negativa, al grupo intervenido corresponde el 28.5% antes de la intervención y luego de la intervención desciende a 13.7%. (54)

En un estudio acerca del grado de conocimiento y actitud de los Escolares sobre Sexualidad y Sida, Castillo M.D., Gil G., Naranjo J.A., Espinosa de los Monteros de Cruz Benayas M.A. nos indican en una muestra de 611 jóvenes, las actitudes son ligeramente integradoras hacia los enfermos de HIV, así el 34,4% y el 23,4% dicen estar totalmente en desacuerdo y en desacuerdo respectivamente, con el supuesto de que «los enfermos de SIDA deberían vivir apartados del resto de la población. La actitud integradora sube ligeramente si la persona enferma es un amigo, así un 69,7% visitaría a un amigo enfermo de SIDA. Un 41,3% opina que se ha exagerado el peligro del SIDA y solo un 22,3% piensan que no se ha exagerado tal peligro. El 48,9% de los jóvenes tienen actitud integradora, estarían en una situación intermedia un 17,3%, y un 33,8% rechazan a los portadores y enfermos por VIH. (60)

En cuanto a la decisión de ayudarlo 70,69% a 86,66%, incrementando 15,97%; y sugerirle visitar al médico fueron de 93,10% al 100%.

En relación a qué le aconsejaría a un amigo para no infectarse con una ITS en nuestra investigación las variables mas aceptadas fueron: tener conocimiento sobre las mismas de un 91,38% antes de la intervención al 100% luego de la misma, incrementando un 8,62%;



fidelidad de 82,76% a 94,83%; usar condón 81,03% antes y a 94,83% después de la intervención, en esta variable hubo un incremento de 13,8%. Freire E, menciona que la fidelidad es 66.6% para el grupo que ascendió luego de la intervención educativa a 95.1%, de la misma forma que en nuestro estudio. (54)

Una de las inquietudes más frecuentes fue, qué sugerencia le daría a un amigo que le contaría que tiene relaciones sexuales con desconocidos o poco conocidos: protegerse con el uso del preservativo 91,38% antes al 100% después de la intervención, con un aumento de 8,62%; visitar al médico buscando orientación de 84,48% a 96,55%, incrementando 12,07%. Vera. M en su estudio nos indica que 85% de los jóvenes están de acuerdo en que debe usarse condón en toda relación sexual. (55)

La abstinencia es el método más seguro para prevenir el embarazo y las ITS. Este método se debe explicar como opción para los adultos jóvenes que no han comenzado a tener relaciones sexuales y para los que ya las han empezado. La abstinencia requiere compromiso, mucha motivación y control de sí mismo, lo cual es difícil de lograr para muchos adultos jóvenes.

El asesoramiento debe centrarse en desarrollar aptitudes para hacer frente a las presiones de los amigos y del compañero. Los jóvenes deben comprender que las relaciones sexuales son sólo una de tantas formas de expresar amor y afecto. Así mismo, los proveedores deben cerciorarse de que los jóvenes tengan información acerca de opciones anticonceptivas fiables y acceso a ellas. (61)

En nuestro estudio se encontró la abstinencia en los estudiantes en un 27,59% y de 22,41% en la pre y pos intervención respectivamente. En nuestro estudio la fidelidad aumentó favorablemente de 82,76% a 94,83% luego de la intervención, con un 12,07%; y no tener relaciones con desconocidos de 67,24% a 81,03%, incrementando así un 13,79%. Un informe publicado en la edición de febrero de 2006 en la revista Science indicaba que, tan sólo en Zimbabwe, había descendido en un 23% el número de contagios de VIH entre los jóvenes de entre 17 y 29 años, de 1998 a 2003, y en 49% en las mujeres de entre 15 a 24 años, en el mismo periodo, gracias a la práctica de la abstinencia y la fidelidad. (62)

En cuanto al número de parejas sexuales es de tal importancia ya que el incremento llevará a un mayor riesgo de sufrir una ITS, en nuestra investigación sobre la variable con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses; en la práctica se



observó que tanto en la pre como en la post intervención un mayor porcentaje (44,88%) no tienen relaciones sexuales. En cuanto a las personas que si lo practican pudimos observar una disminución en relación al número de personas con las que tienen relaciones (mayor a 2), lo cual es positivo debido a que el mayor número se relaciona con prácticas negativas. Díaz, G, en un estudio en jóvenes indica que el 73,1% de los estudiantes tuvo 3 y más parejas sexuales en un período menor de 1 año, y de ellos el 28,6% tuvo 4 y más compañeros/as sexuales; mientras que el 93% de los trabajadores tuvo menos de 3 parejas sexuales en un año. (63)

En otro estudio realizado por Gonzales E.; de jóvenes entre 15 y 17 años, se encontró que más del 53%, hombres tuvo relaciones sexuales con una sola pareja y mujeres del 81%, entre de 2 a 5 parejas, en hombres fue de un 37% y mujeres 16,9% y más de 5 compañeros fue 9% y 1% respectivamente. (64)

En nuestro estudio en relación con la práctica sexual con el sexo contrario que fue en un 79,31% y se mantuvo después de la intervención no hubo casos de relación con mismo sexo. En un estudio de Ruiz A sobre conocimientos, actitudes y prácticas en jóvenes indica que 67% de los estudiantes encuestados manifestaron haber tenido relaciones sexuales, en su mayoría heterosexuales. (65)

En relación sobre tener sexo oral, en nuestro estudio se obtuvo 47%; con respecto a sexo anal un 22% y sexo genital 79% en la pre intervención y pos intervención respectivamente. Un estudio realizado en jóvenes en Lima por Chirinos J. sobre percepción de riesgo de adquirir ITS/SIDA se vio que el 13% en hombres y el 6% en mujeres practican relaciones anales, 53% y 51% de los jóvenes afirmaron practicar el sexo oral respectivamente. (66)

Sobre si ha padecido alguna ITS hubo un 3,49 % en la pre y pos intervención lo cual es positivo puesto que se mantuvo el porcentaje luego de la intervención. En un Estudio de diseño transversal, descriptivo, no probabilístico; sobre prácticas sexuales en varones clientes de 2 prostíbulos en el Callao .Se incluyeron 382 varones, un tercio del total había padecido por lo menos una ITS y el 12.5% alguna úlcera genital sin diagnóstico. Gonorrea fue la ITS más frecuente (23% del total de entrevistados). (67). El centro de control de enfermedades de Atlanta informa que el 30% de las adolescentes activas sexualmente tienen resultados positivos para ITS entre las que están Clamidia y Gonorrea; en los Estados Unidos, el 89% de jóvenes presentan ITS. (68)

Con respecto a que si conversa con su pareja de las ITS obtuvimos 48,28% en la pre y pos intervención, mientras que los estudios demuestran que la comunicación es muy



importante para conocer el temas y los posibles riesgo como en Centro Latinoamericano Salud y Mujer (Celsam), se vio que el 71% de los jóvenes encuestados dijo iniciarse sexualmente con poca información sobre ITS. (69).

Al analizar la pregunta si ha tenido relaciones sexuales en estado de embriaguez o bajo los efectos de sustancias afrodisíacas obtuvimos un 43.10% en la pre y pos intervención. Ruiz A en un estudio en jóvenes universitarios, manifiesta que la asociación de consumo de alcohol y drogas en la última relación en la población de dicho estudio fue menor con un 13% de los estudiantes. (24) El estudio realizado por la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica de Colombia por Gonzales F. se evidenció que un 22% usaron drogas para intensificar su vida sexual. (71).

Uso habitual del condón en sus relaciones sexuales en nuestro estudio obtuvimos que utilizan siempre el 25,86% antes y después de la intervención; en cuanto a las prácticas de uso ocasional 44.88% en la pre y post intervención; en cuanto a nunca utilizarlo 8.62% antes y después de la intervención. En un estudio de Factores asociados al no uso del condón. Estudio en adolescentes y adultos jóvenes de Chiclayo de Víctor Soto se determino que en hombres como mujeres el uso siempre del preservativo fue 30% y 10,8% respectivamente; el uso ocasional fue de 54.3% y 46,9% y los que nunca usaron fue 15,7% y 49,9%.(72).

Al investigar el uso del condón en relaciones fortuitas en nuestro estudio se determinó que el uso siempre fue 41.38% y 37,93% antes y después de la intervención con disminución del un 4%; ocasionalmente en un 24.14% y 25,86% en la pre y pos intervención; 6.90% y 5,17% que nunca lo utilizan. En el estudio realizado en Bucaramanga el 20% indicó utilizar preservativo. (73) En nuestro estudio se encontró 48.28% antes y después de la intervención con respecto a que si alguna vez ha tenido relaciones sexuales con personas desconocidas o poco conocidas. Freire E, demuestra que en los conscriptos esta práctica fue de 63.4% a 61.5%; además nos muestra que los conscriptos tenían la intención de recomendar el uso del condón antes de la intervención en un 79.3% en un grupo intervenido y en el control correspondió al 62.8% antes de la intervención; posterior a la intervención ascendió a 95.8% en el grupo intervenido y en el control descendió a 57.3%, siendo el porcentaje de incremento de 16.5%. (54)

Aplicando la escala de autoeficacia en el presente estudio, en lo que se refiere a la subescala A al decir no en ciertas situaciones, de igual manera encontramos en la escala B un aumento de seguridad frente a los temas expuestos luego de la intervención a los estudiantes, sin embargo notamos claramente que el cambio no se presenta significativo,



y por último en la subescala C existió una concientización en el uso del preservativo tanto en la forma de manejarlo, usarlo cada vez que tenga relaciones, en estados de alcohol o drogas, existiendo un aumento porcentual; en cambio: cuando existe negación, acudir a comprar, tener dinero, y platicar sobre temas sexuales con familiares se mantuvieron lo que demuestra que todavía existe falta de comunicación familiar y por parte del estado el papel en educar a la población y concientizar sobre la prevención de ITS. Por lo tanto en forma general tenemos que la subescala A aumento significativamente y tanto la subescala B como la C se mantuvieron. Freire E, demuestra que los conscriptos, del grupo intervenido mejoraron la percepción para las subescalas A, B y C de la prevención del SIDA con mayor nivel de seguridad para la percepción del uso del preservativo, confianza con los padres y fidelidad. (54).



## CAPÍTULO VII

### 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 7.1. CONCLUSIONES

- Gracias a la intervención educativa se consiguió elevar los conocimientos y actitudes, sobre Infecciones de Transmisión Sexual en los estudiantes de la Facultad de Artes en las Escuelas de Diseño de Interiores, Ejecución Instrumental y Artes Escénicas.
- Se evidenció un incremento de los conocimientos de forma significativa luego de la intervención con respecto a condiloma, herpes, sífilis, clamidia y tricomoniasis; pero no se logró un incremento significativo con respecto a gonorrea y SIDA, en donde se pudo apreciar un buen nivel de conocimientos acerca de la misma. De forma similar los conocimientos se elevaron en las vías de transmisión a través de transfusiones sanguíneas, contacto sexual sin penetración; en lo referente a cómo se manifiestan las ITS se consiguió un incremento significativo, prevaleciendo la secreción en genitales, dolor en vientre bajo, manchas en la piel e inflamación de los ganglios linfáticos.
- Se encontró un aumento no muy representativo en las actitudes de los estudiantes frente a la manera de proceder frente a una Infección de transmisión sexual, en lo referente a acudir al hospital, al médico, conversar con los padres, fidelidad a la pareja, pero se encontró un aumento significativo en lo referente al uso de preservativo durante una relación sexual.
- En forma resumida, se pudo apreciar un incremento de los conocimientos y actitudes por parte de los estudiantes en lo que refiere al tema de ITS, no así en lo que respecta a las prácticas que se mantuvo.



- Los estudiantes que participaron durante la intervención mostraron una mejor autoeficacia en lo que concierne a una mayor seguridad al aplicar la escala para prevenir el SIDA.
- Se logró evidenciar que el fortalecimiento de la autoeficacia durante la intervención con ensayos cognitivos es efectivo, pero las actitudes y las prácticas son más difíciles de modificar.

## 7.2 RECOMENDACIONES

- Por lo que se ha podido obtener gracias al proyecto realizado, se ha visto la necesidad de emprender este tipo de programa educativo en entidades como colegios, ya que dentro de las mismas se encuentra una población más vulnerable y con muchas más dudas que la población universitaria.
- Realizar talleres de capacitación continua, que promuevan el desarrollo de una cultura en torno a la vida sexual reproductiva, que libre de prejuicios y preceptos antes sentados, que permitan a la población universitaria conocer sus derechos y obligaciones, así como aceptar a los demás sin poner reparos en lo que tiene que ver religión, y practicas personales .
- Con este estudio se justifica un programa permanente de prevención en los estudiantes universitarios.
- Intentar que la población que sea intervenida no sea únicamente la universitaria, sino que se amplíe a todos aquellos que desempeñen sus funciones dentro de la universidad, como son: maestros, empleados y demás.



## CAPITULO VIII

### 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Roberto Estévez Solano. Análisis de la tendencia de las Infecciones de Transmisión Sexual ITS en Cuba y el mundo.  
Disponible en:  
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/760/1/Analisis-de-la-Tendencia-de-las-Infecciones-de-Transmision-Sexual---ITS---en-Cuba-y-el-Mundo.html>
2. Barranco C. Enriqueta. Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia. España. INO Reproducciones, S.A. 2001. Cap. 17 p. 623.
3. Romero S., Leonardo (2006) Sexualidad y educación sexual irresponsable, Documento, Barranquilla - Colombia.
4. CENESEX. Centro Nacional de Educación Sexual y Centro Nacional de Prevención ITS-VIH/SIDA.  
Disponible en:  
<http://www.cenesex.sld.cu/webs/diversidad/hablar%20si%20da.htm>
5. Glosario. Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/SIDA. MINSAP. 2004.
6. Infecciones de Transmisión Sexual, pautas para su tratamiento. Ministerio de Salud Pública. 2004.
7. OPS: Promoción de la salud. Una antología. Publicación Científica No. 557.
8. AFMES: Manual de capacitación para promotores en la prevención de ETS/VIH/SIDA. México-EUA, 1995.





9. Dr. Michel Rojo Toledano. Programa de intervención educativa dirigido a personas que viven con VIH-Me cuido, Te Cuido. Enero 2009  
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1355/1/Programa-de-intervencion-educativa-dirigido-a-personas-que-viven-con-VIH---Me-Cuido-Te-Cuido.html>
10. TORRES, Pilar, WALKER, Dilys M., GUTIERREZ, Juan Pablo et al. Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/sida entre adolescentes escolarizados mexicanos. Salud pública Méx. [online]. 2006, vol. 48, no. 4 [citado 2007-10-04], pp. 308-316.  
Disponible en:  
<[http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-](http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-)
11. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.2001  
[http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/mngt\\_stis/guidelines\\_es.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/mngt_stis/guidelines_es.pdf)
12. Itzel Rosas Gutiérrez. Martín Serrano Sánchez. Conocimiento acerca de las Enfermedades de Transmisión Sexual entre estudiantes y trabajadores de las Universidad de las Américas Puebla, México.  
Disponible en:  
[http://www.infarmate.org/pdfs/julio\\_agosto07/ets.pdf](http://www.infarmate.org/pdfs/julio_agosto07/ets.pdf)
13. TORRES, Pilar, WALKER, Dilys M., GUTIERREZ, Juan Pablo et al. Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/sida entre adolescentes escolarizados mexicanos. Salud pública Méx. [online]. 2006, vol. 48, no. 4 [citado 2007-10-04], pp. 308-316.  
Disponible en: <[http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-](http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-)
14. Walter Gómez, Bernardo Damaso, Carlos Cortegana, Pedro Lahura, Juan Motta Comportamientos sociales y sexuales asociados a las infecciones de transmisión sexual en jóvenes del Alto Huallaga, Peru. An Fac med. 2008.



Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v69n1/a04v69n1.pdf>

15. VISCONTI, ANA. INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL. Arch. Gin. Obstet. [online]. 2005, vol.43, no.3 [citado 28 Septiembre 2007], p.107-107.  
Disponible en la World Wide Web:  
<[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S079708032005000300001&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S079708032005000300001&lng=es&nrm=iso)>. ISSN
16. Guia de atención de las enfermedades de transmisión sexual.2000  
Disponible en:  
<http://www.medicosgeneralescolombianos.com/ETS.htm>
17. Nelson Alvis, Salim Mattar, Jair Garcia, Edwin Conde y Alberto Diaz  
Infecciones de Transmisión Sexual en un Grupo de Alto Riesgo de la Ciudad de Montería, Colombia. REVISTA DE SALUD PÚBLICA · Volumen 9 (1), Marzo 2007.  
Disponible en:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v9n1/v9n1a10.pdf>
18. Infecciones de transmisión sexual ITS-VIH SIDA. Características generales.  
<http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=200406281>
19. ITSs síntomas y consecuencias  
Disponible en:  
<http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161707>
20. Maria Eugenia Escobar. ITS en la adolescencia. Disponible en:  
[http://www.gineadol.com.ar/Documentos/ITS%20en%20la%20Adolescencia%20Dra%20%20Escobar%20\(2\).pps](http://www.gineadol.com.ar/Documentos/ITS%20en%20la%20Adolescencia%20Dra%20%20Escobar%20(2).pps)
21. II Informe Nacional de los objetivos de desarrollo del milenio Ecuador 2007.  
Proyecto estrategia Nacional de Desarrollo Humano y de los objetivos de desarrollo del milenio del PNUD.



Disponible en:

<http://issuu.com/ecuador.nutrinet.org/docs/objetivosmilenioecuador/204>

22. Pautas para la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual.

Disponible en:

<http://www.ops.org.bo-isi-12604.pdf>

23. Integración de servicios para las infecciones de transmisión sexual (ITS) en los programas de planificación familiar (PF)

Disponible en:

<http://www.maqweb.org/spanish/present/its.pdf>

24. Luis Fransi Galiana, Especialista en medicina familiar y comunitaria. Vigo-España. VIH SIDA.

Disponible en:

<http://www.fisterra.com/guias2/vih.asp>

25. Dra. Cristina López. Dr. Jokin de Irala. Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual.

Disponible en:

<http://foropelayo.blogcindario.com/2007/08/00877-prevencion-de-las-enfermedades-de-transmision-sexual.html>

26. Blanca Bernal Alcántara, Griselda Hernández Tepichín, CONASIDA. Las enfermedades de transmisión sexual (ETS): otro reto para la prevención y control de la epidemia del VIH/SIDA. **Revista SIDA-ETS**. Agosto-octubre, 1997 Vol.3, No.3 PP. 63-67.

Disponible en:

<http://www.salud.gob.mx/conasida/revista/1997>



27. OMS/FNUAP. Las prioridades de salud sexual y reproductiva reciben un espaldarazo al más alto nivel. Comunicado de prensa .2006.

Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr34/es/index.html>

28. Wilkinson D, Rutherford G. Intervenciones poblacionales para la reducción de infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por VIH (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd.

Disponible en: <http://www.update-software.com>.

29. FHI. Preservación de la fertilidad. Network 2004, Volumen 23, Número 2

Disponible en:

[http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v23\\_2/index.htm](http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v23_2/index.htm)

30. BERDASQUERA CORCHO, Denis, LAZO ALVAREZ, Miguel Ángel, GALINDO SANTANA, Belkys María et al. Sífilis: pasado y presente. Rev Cubana Hig Epidemiol. [online]. Mayo-ago. 2004, vol.42, no.2 [citado 01 Octubre 2007], p.0-0.

Disponible en la World Wide Web:

<[http://scielo.sld.cu/scielo.php?](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156130032004000200008&lng=es&nrm=iso)

[script=sci\\_arttext&pid=S156130032004000200008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156130032004000200008&lng=es&nrm=iso)>.ISSN 1561-3003.



31. BERDASQUERA CORCHO, Denis, FARINAS REINOSO, Ana Teresa y RAMOS VALLE, Isora. Las enfermedades de transmisión sexual en embarazadas. Rev Cubana Med Gen Integr. [online]. nov.-dic. 2001, vol.17, no.6 [citado 01 Octubre 2007], p.532-539.

Disponible en la World Wide Web:

<[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252001000600004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252001000600004&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0864-2125.

32. OPS/OMS. Comunicado de prensa. Los condones protegen contra el cáncer del cuello uterino.

Disponible en:

<http://salud.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=10131&SE=SN>

33. Allen Betania, Cruz-Valdez Aurelio, Rivera-Rivera Leonor, Castro Roberto, Arana-García María Ernestina, Hernández-Avila Mauricio. Afecto, besos y condones: el ABC de las prácticas sexuales de las trabajadoras sexuales de la Ciudad de México. Salud pública Méx [periódico en la Internet]. [citado 2007 Oct 25].

Disponible en:

[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003636342003001100004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342003001100004&lng=es&nrm=iso).doi:10.1590/S0036-36342003001100004

34. Negroni-Belén Mirka, Vargas-Guadarrama Galileo, Rueda-Neria Celina Magally, Bassett-Hileman Sarah, Weir Sharon, Bronfman Mario. Identificación de sitios de encuentro de parejas sexuales en dos ciudades



de la frontera sur de México, mediante el método PLACE. Salud pública Méx [periódico en la Internet]. [citado 2007 Oct 25].

Disponible en:

[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003636342003001100010&lng=es&nrm=iso.doi:10.1590/S0036-36342003001100010](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342003001100010&lng=es&nrm=iso.doi:10.1590/S0036-36342003001100010)

35. Francisco Diez Canseco Montero, Aydeé Carrasco Contreras, Rosa María Cueto Saldívar. Línea de base para el proyecto de salud sexual y reproductiva con adolescentes afectados por la violencia. Ayacucho, Perú Septiembre, 2000.

Disponible en:

<http://www.saludsinlimitesperu.org.pe/pdf/InformeLineaBaseProyectoS.pdf>

36. ONUSIDA Punto de vista: El SIDA y el personal militar. Colección prácticas óptimas del ONUSIDA. Mayo de 1998

Disponible en:

[http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub05/militarypv\\_es.pdf](http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub05/militarypv_es.pdf)

37. Boys in the picture. 2000

<http://www.promundo.org.br/BoysinthePicture.pdf>

38. Judith Bäßler, Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem, 1993 Spanish Adaptation of the General Self-Efficacy Scale Auto-Eficacia Generalizada

Disponible en:



<http://userpage.fu-berlin.de/~health/spanscal.htm>

39. Becco G. VIGOTSKY Y LAS TEORÍAS DEL APRENDIZAJE  
CONCLUSIONES Y REFLEXIÓN FINAL 2000.

Disponible en:

[http://perso.wanadoo.es/angel.saez/pagina\\_nueva\\_165.htm](http://perso.wanadoo.es/angel.saez/pagina_nueva_165.htm)

40. Contreras Zaravia, Norma Roxana, Delgado Camacho, Arturo Uldarico, Iizarbe Castro, Víctor Oswaldo, Vábar Peña, Juan Carlos Sida: conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo de estudiantes preuniversitarios en la ciudad del Cusco. Abril - Agosto 97, Año V N° 10.

Disponible en:

[http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/situa/1997\\_n10/sida.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/situa/1997_n10/sida.htm)

41. Boeree G. Psicología Online 1998

42. Luis A. Salvador Herrero. Luisa F. Sidro Bou. Guillermo Pérez Cervelló. Núria Freixenet Guitart. Alicia Balanzá Garzón. Pascual Bort del Río. Uretritis y cervicitis. Guías Clínicas 2005.

Disponible en:

<http://www.fisterra.com/guias2/uretritis.asp>

43. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006. Gonorrea. MMWR 2006; 55 (No. RR-11).

Disponible en:



<http://www.cdc.gov/STD/spanish/STDFact-gonorrhea-s.htm#treatment>

44. Luis A. Salvador Herrero. Luisa F. Sidro Bou. Guillermo Pérez Cervelló. Núria Freixenet Guitart. Alicia Balanzá Garzón. Pascual Bort del Río. Úlceras genitales. Guías Clínicas 2007.

Disponible en:

[http://www.fisterra.com/guias2/ulcera\\_genital.asp](http://www.fisterra.com/guias2/ulcera_genital.asp)

45. Xosé Luis López Álvarez. Anxel Martínez Vidal. María Amelia Blanco López. Ana López González. Vulvovaginitis. Guías clínicas 2008.

Disponible en:

<http://www.fisterra.com/guias2/vaginitis.asp#resumen>

46. Condiloma Acuminado.

Disponible en:

[http://www.tuotromedico.com/temas/condiloma\\_acuminado.htm](http://www.tuotromedico.com/temas/condiloma_acuminado.htm)

47. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS) 2007. Diciembre de 2007.

Disponible en:

[http://www.onusida.org.co/2007\\_epiupdate\\_es.pdf](http://www.onusida.org.co/2007_epiupdate_es.pdf)

48. Ministerio de Salud Pública y Organización Internacional para las Migraciones, OIM Misión Ecuador. Proyectos de Salud sexual y reproductiva de emergencia con énfasis en ITS y VIH/SIDA para personas en búsqueda de protección internacional y comunidades receptoras. San Lorenzo y Limones – Provincia de Esmeraldas 2008 – 2009. Quito – Ecuador. Noviembre de 2009.

Disponible en:





[http://ftp.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/media/docs/reports/revisita\\_h\\_baja.pdf](http://ftp.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/media/docs/reports/revisita_h_baja.pdf)

49. VERA PÉREZ Violeta E. ESTRADA AGUILERA Ariel. Influencia social y familiar en el comportamiento del paciente con VIH/SIDA ante su diagnóstico y su manejo. México 2004.

Disponible en:

<http://bvssida.insp.mx/articulos/4303.pdf>

50. Organización Panamericana de la Salud. Infecciones de Transmisión sexual ITS – VIH SIDA. Bolivia, La Paz 2005.

Disponible en:

<http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/>

51. Juan Mantrel Micher Camarena. Nivel de conocimientos y prácticas de riesgo para enfermedades de transmisión sexual (ETS) en alumnos de primer ingreso a la Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM.

Disponible en: <http://bvssida.insp.mx/articulos/2380.pdf>

52. Dr. Hermen Guerra Pradal; Dra. Nélide Trujillo Blancoll; Dr. Néstor Navarro Vegall; Dr. Alexis Martínez Fernández. Intervención educativa para elevar conocimientos sobre las ITS/VIH/SIDA en jóvenes. Revista Archivo Médico de Camagüey. Camagüey. Nov.-dic. 2009.

Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?>

[pid=S102502552009000600014&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102502552009000600014&script=sci_arttext)

53. Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario..Revista médica de Chile. Chile - Santiago oct. 2007.

Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872007001000005](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007001000005)



54. Dra. Freire E. Evaluación y modificación de los conocimientos actitudes y prácticas de los conscriptos de los cuarteles Dávalos y Portete, frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA. Cuenca Ecuador 2007.
55. Vera M, López N, Orozco L, Caicedo L. Estudio sobre Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes, Bucaramanga-Colombia.  
Disponible en:  
<http://ceupromed.ucol.mx/morfo/articulos/articulos/a60740165AD5.pdf>
56. González F. Carrera. Estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de un municipio del departamento de Cundinamarca realizado en la Universidad Católica de Colombia, Facultad de Psicología. 13 N° 47-49, Bogotá-Colombia.  
Disponible en:  
[http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/.../art\\_5\\_acta\\_12.pdf](http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/.../art_5_acta_12.pdf)
57. Velázquez A. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre ITS y VIH en estudiantes de Lima Metropolitana, Facultad de medicina de la Universidad Mayor de San Marcos. Revista científica de América Latina y el Caribe, España y Portugal.  
Disponible en:  
<http://redalyc.uaemex.mx>.
58. MD. Guerrero Masiá y cols. Desconocimiento de las enfermedades de transmisión sexual en los adolescentes 2010. La Revista Pediatría de Atención Primaria. Madrid, España. Ene.-mar. 2009  
Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322009000100011](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000100011)
59. Dra. Maritza Martínez Pérez, Dra. Magda Emilia Alonso Cordero, Dr. Carlos Manuel Rodríguez Aguiar;. Lic Midalys Quevedo Navarro. Conocimiento de los adolescentes sobre las infecciones de transmisión sexual. Revista de Ciencias Médicas La Habana 2009.



Disponible en:

[http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol15\\_2\\_09/hab08209.html](http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol15_2_09/hab08209.html)

60. Castillo Sánchez MD, Gil Extremera G, Naranjo Rodríguez JA, León Espinosa de los Monteros de Cruz Benayas MA. Sexualidad y Sida: grado de conocimiento y actitud de los Escolares. Medicina de Familia (And) Vol. 2, N.º 3. Granada – España. Octubre 2001.

Disponible en:

<http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v2n3/original3.pdf>

61. Family Health International (FHI). Métodos anticonceptivos para los adultos jóvenes. Salud de la Reproducción de los Adolescentes. 2008

Disponible en:

[http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v17\\_3/res\\_ns1734.htm](http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v17_3/res_ns1734.htm)

62. Jorge Enrique Mújica. Abstinencia, fidelidad... ¿condón?. Equipo Gama. 2010. Catholic.net Inc.

Disponible en:

<http://www.es.catholic.net/escritoresactuales/853/2862/articulo.php?id=43224>

63. J, Toll J, Díaz G, y Castro J. Hernández. Intervención educativa sobre sexualidad y enfermedades de transmisión sexual. Rev Cubana Med Gen Integr 2000; 16(1):39-44. La Habana, Cuba.

Disponible en:

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1450/1/Modificacion-de-los-conocimientos-sobre-infecciones-de-transmision-sexual.html>

64. González E, Molina T, Montero A, Martínez V, Leyton C. Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario. Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral de la Adolescencia, Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

Disponible en:

[revmedchile@smschile.cl](mailto:revmedchile@smschile.cl); [scielo.com](http://scielo.com).



65. Ruiz A, Sternberg J, Santos C, Beltrán J, Vélez A. Estudio de las Facultades de Medicina, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología y Jurisprudencia, sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en la Universidad de Chile. Disponible en:  
<http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2005/XII3conocimientos.pdf>
66. Chirinos J; Bardales O; Segura M. Las relaciones coitales y la percepción de riesgo de adquirir ETS/SIDA en adultos jóvenes varones de Lima, Perú. Instituto de Estudios de Población. Universidad Peruana, Cayetano Heredia. Lima, Perú.  
Disponible en:  
<http://www.CadernosdeSaúdePúblicacadernos@ensp.fiocruz.br>
67. Muñoz D; Trujillo L; Otuzzo E. Practicas sexuales de riesgo para la transmisión VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual en varones clientes de prostíbulos en el Callao. Jefe del Departamento de Enfermedades Infecciosas y Dermatológicas, Hospital Nacional Cayetano Heredia. Instituto Medicina Tropical Alexander von Humboldt de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.  
Disponible en:  
[Perurmh@upch.edu.pe](mailto:Perurmh@upch.edu.pe)
68. Centers for Disease Control and Prevention. Youth Risk Behavior Surveillance: National College Health Risk Behavior Survey–United States, 1995. MMWR CDC Surveill Summ 1997.  
Disponible en:  
<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00049859.htm>
69. Majesty L. Estudio demuestra que es positivo hablar de sexualidad con tus hijos. Centro Latinoamericano Salud y Mujer.  
Disponible en:



twitter.com/Inform21 - Informe21.com/feed.

70. Ruiz A, Sternberg J, Santos C, Beltrán J, Vélez A. Estudio de 1.106 estudiantes de las Facultades de Medicina, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología y Jurisprudencia, sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en la Universidad de Chile.

Disponible en:

<http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2005/XII3conocimientos.pdf>

71. González F. Carrera. Estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de un municipio del departamento de Cundinamarca realizado en la Universidad Católica de Colombia, Facultad de Psicología. 13 N° 47-49, Bogotá-Colombia.

Disponible en:

[http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/.../art\\_5\\_acta\\_12.pdf](http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/.../art_5_acta_12.pdf)

72. Pedro Ruiz Gallo. Factores asociados al no uso del condón. Estudio en adolescentes y adultos jóvenes de Chiclayo Soto V. Facultad de Medicina Humana Universidad Nacional. Lambayeque, Perú.

Disponible en:

<http://anales@unmsm.edu.pe/scielo.com>

73. Vera M, López N, Orozco L, Caicedo L. Estudio sobre Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes. Bucaramanga-Colombia.

Disponible en:

<http://ceupromed.ucol.mx/morfo/articulos/articulos/a60740165AD5.pdf>



## CAPÍTULO IX

### ANEXO 1

#### Formulario

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE MEDICINA**

**“EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DEL CICLO DE COMUNES DE FILOSOFÍA, FRENTE A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA”**

**CUENCA, 2008**

Estoy entrevistando, en la ciudad de Cuenca para averiguar sobre las infecciones de transmisión sexual. Le pido que conteste a las preguntas con toda sinceridad.

Confidencialidad: Las preguntas son completamente confidenciales, su honestidad en contestar estas preguntas nos ayudará a comprender sobre lo que las personas conocen, piensan y los diferentes tipos de comportamientos.

#### SECCIÓN I

##### 01 NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO ☐☐☐

Fecha día ☐☐ mes ☐☐ año ☐☐

##### FUENTE-ESCUELA:

Ciclo Común Filosofía ☐

Ciencias de la Educación ☐

Lengua, literatura y Lenguajes Audio Visuales ☐ Cultura Física ☐

Historia y Geografía ☐

Lengua y Literatura Inglesa ☐

Lic. Ciencias Humanas Mención Gestión. Desarrollo Cultural ☐

Lic Educación General Básica ☐

Matemáticas y Física ☐

Psicología Educativa ☐

Derecho ☐



	<b>Preintervención</b> <input type="checkbox"/>	<b>Posintervención</b> <input type="checkbox"/>
<b>RESULTADO</b>		

Número	Preguntas	Categorías de codificación
<b>SECCIÓN II</b>		
P01	¿En qué día, mes y en qué año nació?	Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
P02	¿Cuántos años tiene?	
P03	Genero	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
P04	Estado Civil	Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>
P05	Religión	Católica <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> T. de Jehova <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
P06	Residencia	Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>
<b>SECCIÓN III</b>		
P07	¿Qué infecciones de transmisión sexual conoce?	Condiloma 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Herpes 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Sifilis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> SIDA 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Gonorrea 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Tricomoniasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Clamidiasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>



		Señale cuales-----
P08	¿Usted sabe cómo se transmiten estas infecciones?	<p>Contacto sexual 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>sin penetración</p> <p>Contacto sexual con penetración 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Por una transfusión de sangre 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>De una madre infectada a su hijo por el embarazo, parto o lactancia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>A través del beso o el sudor 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p>
P09	¿Usted sabe cómo se manifiestan las infecciones de transmisión sexual?	<p>Dolor el vientre bajo 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Secreción por los</p> <p>genitales externos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Verrugas en</p> <p>genitales externos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Manchas en la piel 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Inflamación de</p> <p>Los ganglios 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p>
P10	Son curables estas infecciones?	<p>Sífilis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Condiloma 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Blenorragia o Gonorrea 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Clamidiasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>SIDA 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Trichomoniasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p>
P11	Si conociera a un amigo o (a) con una ITS. ¿A dónde	A un hospital cercano 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>





	le recomendaría acudir para recibir atención?	A su médico de familia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A una farmacia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A otro amigo o (a) para que le sugiera tratamiento 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Conversar con sus padres 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Cuales _____
P12	Si un amigo o (a) tuviera una ITS; ¿Cuál sería su actitud?	Me alejaría de el o ella 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Le ayudaría a curarse 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Le diría que aprendió a hacer el amor 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Que es propio de la edad 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Le sugeriría visitar a su médico de familia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P13	¿Qué le aconsejaría a sus amigo para no infectarse con una ITS?	Tener conocimientos sobre las infecciones 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> No tener relaciones sexuales 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Fidelidad a su pareja 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Escoger bien la pareja 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Usar condón en todas las relaciones sexuales 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Tener relaciones sin penetración 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P14	¿Qué sugerencia le daría a un amigo o (a) que le comunica tiene relaciones sexuales con	Protegerse con el uso del condón 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Lavarse los genitales después de



	desconocidos o poco conocidos?	concluida la relación sexual	1 Si <input type="checkbox"/>	2 No <input type="checkbox"/>
		Visitar al médico buscando orientación	1 Si <input type="checkbox"/>	2 No <input type="checkbox"/>
		No tener relaciones sexuales con desconocidos	1 Si <input type="checkbox"/>	2 No <input type="checkbox"/>
P15	¿Ha tenido relaciones sexuales?		1 Si <input type="checkbox"/>	2 No <input type="checkbox"/>
P16	¿A qué edad inició su vida sexual?	<input type="text"/> Años		
P17	¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses?	<input type="text"/> Personas		
P18	Ha tenido durante su vida relaciones sexuales con :	Personas del mismo sexo	1 Si <input type="checkbox"/>	2 No <input type="checkbox"/>
		Personas del sexo contrario	1 Si <input type="checkbox"/>	2 No <input type="checkbox"/>
		Personas de ambos sexos	1 Si <input type="checkbox"/>	2 No <input type="checkbox"/>
P19	¿Qué tipo de hábito sexual utiliza durante sus relaciones sexuales?	Sexo oral	1 Si <input type="checkbox"/>	2 No <input type="checkbox"/>
		Sexo anal	1 Si <input type="checkbox"/>	2 No <input type="checkbox"/>
		Coito genital	1 Si <input type="checkbox"/>	2 No <input type="checkbox"/>
P20	¿Ha padecido de alguna ITS?		1 Si <input type="checkbox"/>	2 No <input type="checkbox"/>
		Mencione cual o cuales _____		
P21	¿Conversa con su pareja sobre estas infecciones?		1 Si <input type="checkbox"/>	2 No <input type="checkbox"/>
P22	¿Ha tenido relaciones sexuales en estado de embriaguez o bajo los efectos de sustancias afrodisíacas?		1 Si <input type="checkbox"/>	2 No <input type="checkbox"/>



P23	¿Utiliza condón en tus relaciones habituales con tu pareja?	1. Siempre <input type="checkbox"/> 2. Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 3. Nunca <input type="checkbox"/>
P24	Si no lo ha utilizado. ¿Por qué?	Disminuye la sensibilidad 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> No se utilizarlo 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Me da pena negociarlo con mi pareja 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Siento vergüenza al adquirirlo en la farmacia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Considero que mi pareja es estable 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P25	¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales con personas desconocidas o poco conocidas?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P26	¿Ha utilizado el condón en relaciones fortuitas?	1. Siempre <input type="checkbox"/> 2. Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 3. Nunca <input type="checkbox"/>



## SECCIÓN II: ESCALA DE AUTO EFICACIA PARA PREVENIR EL SIDA, DE 27 ELEMENTOS, SEA-27

A continuación se presentan una serie de preguntas en las cuales vas a encerrar en un círculo según el grado de seguridad que creas tener

A) ¿Qué tan seguro está de ser capaz de decir No, cuando te propone tener relaciones sexuales?	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Totalmente seguro
1. Alguien conocido hace 30 días o menos	1	1	1	1	1
2. Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti	2	2	2	2	2
3. Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti	3	3	3	3	3
4. Alguien a quien has tratado con anterioridad?	4	4	4	4	4
5. Alguien a quien deseas tratar de nuevo?	5	5	5	5	5
6. Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales	6	6	6	6	6
7. Alguien a quien necesitas que se enamore de ti	7	7	7	7	7
8. Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales	8	8	8	8	8
9. Alguien con quien has estado bebiendo alcohol	9	9	9	9	9
10. Alguien con quien has estado utilizando drogas	10	10	10	10	10
11. Alguien y tu nivel de excitación sexual es muy alto	11	11	11	11	11

	<b>Nada seguro</b>	<b>Algo seguro</b>	<b>Medio seguro</b>	<b>Muy seguro</b>	<b>Totalmente seguro</b>
<b>B) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de</b>					
<b>1. Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga?</b>	1	1	1	1	1
<b>2. Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a</b>	2	2	2	2	2
<b>3. Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?</b>	3	3	3	3	3
<b>4. Preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual?</b>	4	4	4	4	4



	<b>Nada seguro</b>	<b>Algo seguro</b>	<b>Medio seguro</b>	<b>Muy seguro</b>	<b>Totalmente seguro</b>
<b>C) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de....</b>					
<b>1. Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?</b>	1	1	1	1	1
<b>2. Usar correctamente el condón</b>	2	2	2	2	2
<b>3. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?</b>	3	3	3	3	3
<b>4. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizado alguna droga?</b>	4	4	4	4	4
<b>5. Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo?</b>	5	5	5	5	5
<b>6. Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?</b>	6	6	6	6	6
<b>7. Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?</b>	7	7	7	7	7
<b>8. Acudir a la tienda a comprar condones?</b>	8	8	8	8	8
<b>9. Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?</b>	10	10	10	10	10
<b>10. Platicar con tu papá sobre temas sexuales</b>	11	11	11	11	11
<b>11. Platicar con tu mamá sobre temas sexuales</b>	12	12	12	12	12

**Clave de calificación:****Conocimientos**

Pregunta 07. Puntuación final para la pregunta entre 11 y 10

Conocimiento de las ITSs

- Si reconoce:
- Sífilis: 2 puntos
- Gonorrea: 2 puntos
- SIDA: 2 puntos
- Condiloma: 1 punto
- Trichomona: 1 punto
- Clamidia: 1 punto
- Herpes: 1
- Otras relacionadas: 1 punto

Pregunta 08. Puntuación final 12 y menos 2

Conocimiento de las vías de transmisión de las ITSs

- Si reconoce:
- Contacto con penetración: 3 puntos
- Materna: 3 puntos
- Transfusión: 3 puntos
- Otra con relación: 1 punto
- Si reconoce:
- Beso, sudor: -2 puntos
- Contacto sexual sin penetración: 2 puntos

Pregunta 09. Puntuación final 10 y menos 2

Conocimiento de los síntomas y signos de las ITS

- Si reconoce:
- Secreción: 2 puntos
- Dolor: 2 puntos



- Verrugas: 2 puntos
- Inflamación: 1 punto
- Manchas: 1 punto
- Otras relacionadas: 2 puntos
- Otras no relacionadas: -2 puntos

Pregunta 10. Puntuación final entre 10 y menos 3

Conocimiento sobre curación de las ITS

- Si reconoce:
- Sífilis: 3 puntos
- Tricomona: 2 puntos
- Blenorragia: 3 puntos
- Clamidia: 2 puntos
- SIDA: -2 puntos
- Condiloma: -1 punto

**Actitudes**

Pregunta 11. Puntuación final entre 10 y menos 3

Recomendación a donde debe acudir un amigo(a) que padece una ITS

- Si reconoce:
- Médico Familia: 3 puntos
- Hospital: 3 puntos
- Conversar padres: 3 puntos
- Otros relacionados: 1 punto
- Si reconoce:
- Farmacia: -1 punto
- Otro amigo: -1 punto
- Otros no relacionados: -1 punto

Pregunta 12. Puntuación final por pregunta de 10 y menos 6

Actitud ante un amigo con una ITS





- Si reconoce:
- Acudir a médico de familia: 6 puntos
- Ayudar a curarse: 4 puntos
- Aleja: -2 puntos
- Aprender a hacer el amor: -2 puntos
- Propio de la edad: -2 puntos

Pregunta 13. Puntuación final entre 10 y menos 1 punto

Recomendación a un amigos para no infectarse con una ITS

- Si reconoce:
- Uso del condón: 3 puntos
- Fidelidad a la pareja: 3 puntos
- Contacto sin penetración: 2 puntos
- Conocimiento: 1 punto
- Escoger bien: 1 punto
- No relación: -1 punto

Pregunta 14. Puntuación final entre 10 y cero

Recomendaciones a un amigo(a) que mantiene relaciones con desconocidos

- Si reconoce:
- Protegerse condón: 3 puntos
- No relación con desconocidos: 3 puntos
- Lavarse genitales: 2 puntos
- Visitar al médico: 2 puntos

**Prácticas**

Pregunta 15. No se evalúa

Pregunta 16. No se evalúa



Pregunta 17. Puntuación final entre 10 y 4

Relaciones sexuales en los últimos 12 meses: número de parejas

- 1 persona: 4 puntos
- 2 personas: 6 puntos
- Más de 2 personas: 10 puntos

Pregunta 18. Puntuación final entre 10 puntos y 4

Relaciones heterosexuales, bisexuales, homosexuales

- Personas del sexo contrario: 4 puntos
- Personas de ambos sexos: 6 puntos
- Personas del mismo sexo: 10 puntos

Pregunta 19. Puntuación final entre 10 y uno

Tipo de práctica sexual

- Anal: 5 puntos
- Genital: 4 puntos
- Sexo oral: 1 puntos

Pregunta 20. Puntuación final entre 10 y cero puntos

Padecimiento de ITS

- No: 0 puntos
- Si: 10 puntos

Pregunta 21. Puntuación final entre 10 y cero

Conversar con la pareja sobre ITS

- Si: 0 puntos
- No: 10 puntos

Pregunta 22. Puntuación final entre 10 y cero

Relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol u otras sustancias

- No: 0 puntos
- Si: 10 puntos



Pregunta 23: puntuación final entre 8 y 4 puntos

Uso del preservativo

- Si siempre: 4 puntos
- Si ocasionalmente: 6 puntos
- Si nunca: 8 puntos

Pregunta 25. Relaciones sexuales con desconocidos

- No: 0 puntos puntuación final entre 10 puntos y cero puntos
- Si: 10 puntos

Pregunta 26. Puntuación final entre 10 y 4 puntos

Uso del preservativo en relaciones sexuales con desconocidos

- Siempre: 4 puntos
- Ocasionalmente: 6 puntos
- Nunca: 10 puntos

**ANEXO N° 2****CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN “EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA EDUCATIVA DE LA FACULTAD DE FILOSOFÍA, ARTES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN, DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, FRENTE A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA”**

Cuenca, a \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, del 2009.

COMPAÑERO/A:

Nos proponemos realizar una investigación sobre las Infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA, la cual consta de tres partes durante toda la investigación. La primera parte consistirá en la aplicación de dos encuestas validadas mediante las cuales se recolectara datos sobre los PRE conocimientos, actitudes y practicas sobre Infecciones de Transmisión Sexual Y VIH/SIDA, como segunda instancia se procederá a realizar intervenciones donde se impartirá conocimientos sobre Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, por último se procederá aplicar las mismas encuesta validadas para de esta manera evaluar los POS conocimientos, actitudes y practicas sobre el problema planteado.

Dicha investigación es importante, debido a que siendo los jóvenes el grupo más vulnerable para contraer Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, se debe conocer lo que saben sobre estas infecciones, para así poder prevenirlas y proteger a la comunidad en general. Esta investigación no conlleva ningún riesgo para la salud física y mental ni tiene costo alguno en ninguna de los puntos anteriormente indicados y nos servirá para continuar con posteriores investigaciones.

Su participación es voluntaria y podrá retirarse del estudio si así lo creyera conveniente.



La información es estrictamente confidencial y será conocida únicamente por los investigadores.

Una vez concluida la investigación, los resultados serán socializados para conocimiento institucional y para los implicados en el estudio.

Por medio de la presente acepto participar en el estudio.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Asistir a las conferencias y reuniones que en total serán seis con una duración de una hora cada una. Además contestaré dos cuestionarios de preguntas.

Declaro que se me ha informado sobre beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

- Conocer qué saben los jóvenes sobre las infecciones de transmisión sexual
- Mejorar las estrategias educativas en prevención de las infecciones de transmisión sexual
- Facilitarme los conocimientos.

_____	_____	_____	_____
Nombre y firma del	Nombre y firma de los investigadores		
Entrevistado			



## ANEXO N°3

### DE LA INTERVENCIÓN

#### Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

##### Objetivos.

- Aportar **conocimientos básicos** en materia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)
- Aprender a **reconocer los primeros síntomas** de estas infecciones.
- Concienciar de la necesidad de **buscar siempre ayuda médica** cuando aparezcan los primeros síntomas.
- Fomentar el uso correcto del preservativo.
- Impartir valores

#### 1. Conferencia en Power Point sobre las ITS: duración 2 horas

1.1 Sexualidad Sana. Valores humanos.

1.2 Anatomía

1.3 Infecciones de Transmisión sexual

1.4 Uso correcto del preservativo

#### 2. Actividades.

##### Actividad 1: *Errores que se cometen.*

##### Objetivo

Detectar las conductas inadecuadas que se dan durante las relaciones sexuales en una historia supuesta.

##### Método

Análisis de una historia en grupo de 10 personas, durante seis minutos, se describen las conductas inadecuadas que realizan los protagonistas de la historia para, posteriormente, hacer una puesta en común.



## Procedimiento

Un portavoz de cada grupo narra la historia:

*Juan, Pedro y María, acuden a la cruz roja, a donar sangre. Al cabo de unos días, María recibe una llamada, para comunicarle que tiene en la sangre una infección de transmisión sexual y le recomiendan que acuda a su centro de salud para estudio.*

*Una vez en la consulta, el médico le pregunta si ha notado alguna molestia en sus genitales, y si ha tenido alguna relación sexual en la que no ha usado el preservativo. Es entonces, cuando María recuerda que hace unos meses mantuvo una relación sexual con un antiguo novio sin preservativo, que coincidió con ella en una fiesta de la universidad, y un mes más tarde notó que tenía una pequeña herida en los labios mayores, a la que no le dio importancia porque no le dolía y desapareció sola. Posteriormente, ha iniciado una relación estable y como protección usa píldoras anticonceptivas.*

*El médico, le confirma que tiene una infección de transmisión sexual y le pone el tratamiento. Le recomienda que le diga a su novio y a su amigo, que acudan a su médico, para examinarlos a ellos también.*

*María, no le comenta nada ni a su novio, ni a su amigo, y ella tampoco acude al control de curación.*

**Las conductas inadecuadas serían:** tener relaciones sexuales con penetración sin preservativo, no dar importancia a una herida en genitales, iniciar una relación después de una práctica de riesgo y no utilizar preservativo, utilizar las píldoras anticonceptivas como un método de protección, no comunicar a su novio y a su amigo que acudan a su médico y no ir ella al control de curación.

## Materiales

Fotocopias de la historia

## Tiempo

1hora

**Actividad 2: Mi responsabilidad, tu responsabilidad, nuestra responsabilidad.****Objetivo**

Atribuir responsabilidades a cada uno de los protagonistas de la historia.

**Método**

Análisis de la historia.

**Procedimiento:**

Un portavoz del grupo narra la historia para posteriormente, en una escala del 1 al 3, valorar el grado de responsabilidad que ha tenido cada uno de sus protagonistas.

*Carolina y Javi estaban enamorados. Nunca habían tenido relaciones sexuales completas entre ellos ni con ninguna otra persona. Se divertían mucho juntos y se lo estaban tomando con calma. En verano, Carolina decidió irse a trabajar a otra ciudad. Planearon escribirse, hablar por teléfono y continuar con su relación. Carolina conoció a Dani, un chico atractivo y con mucha experiencia que consideraba que el sexo, en una relación, es prioritario. Carolina no lo tenía muy claro pero al final tuvieron relaciones con penetración. A pesar de su insistencia en que utilizaran preservativos, la mayoría de las veces Dani no los tenía a mano. Su historia duró todo el verano. Pero cuando estaban terminando las vacaciones Dani le dijo que era el final. Tenía otros planes de vuelta al colegio.*

*Carolina volvió a casa confusa, se sentía culpable e incapaz de contar a Javi su veraniega historia. Pasados unos días Dani la llamó para decirle que tenía verrugas en el pene y que era importante que visitara a su médico. Se asustó mucho y espero unas semanas, durante las cuales se exploraba obsesivamente. No ocurrió nada y pensó que afortunadamente no se había contagiado.*

*Mientras, había reiniciado su relación con Javi. Decidieron que era el momento de tener relaciones coitales. Carolina insistió mucho en que debían utilizar preservativo, a lo que Javi se negó, argumentando que los preservativos eran para gente con múltiples relaciones y que ese no era su caso. Además*





*Carolina utilizaba anticonceptivos orales por trastornos de la regla, así que estaba garantizado que no se quedaría embarazada.*

*Intentó hablar con su madre. Le dijo que una compañera suya podría tener una infección de transmisión sexual. Su madre, antes de que terminara, ya estaba descalificando a su compañera sugiriendo que eso le ocurría por tener relaciones con uno y con otro. Carolina no insistió.*

*Lo comentó con dos de sus mejores amigas pero a pesar de querer ayudarla desconocían cómo.*

*Esperó a que su profesor abordara el tema en unas clases programadas para tratar sobre infecciones de transmisión sexual, pero no parecía muy cómodo hablando de sexo y era de la opinión de que esos temas debían tratarse en casa, ya que si los exponía él podría tener problemas y se le podría achacar que inducía a sus alumnos a tener relaciones sexuales.*

#### **Grado de responsabilidad:**

1 ninguna responsabilidad

2 algo de responsabilidad

3 mucha responsabilidad

Carolina----- 1 2 3

Dani----- 1 2 3

Javi----- 1 2 3

Madre----- 1 2 3

Amigas----- 1 2 3

Profesor----- 1 2 3

#### **Materiales**

Fotocopias de la historia.



## Pasos para el uso correcto del preservativo

*“Te pueden decir que es incómodo, que quita placer, que corta la relación y otras cosas por el estilo pero hoy en día, los preservativos están hechos de un material muy fino y suave... que apenas se notan”*

1. adquiere preservativos de calidad que estén **homologados**.
2. comprueba siempre la **fecha de caducidad**.
3. **protégelos** del sol, el calor y la humedad porque se pueden deteriorar.
4. **abre el envoltorio con cuidado**, asegúrate de no romper el preservativo. ¡Cuidado con uñas, dientes y anillos!
5. coloca el preservativo **antes de cualquier contacto genital** con o sin penetración y recuerda que también con el sexo oral debes protegerte ¡ah! Si utilizas lubricantes procura que sea de base de agua, nunca graso ya que pueden romper el preservativo.
6. sin soltar la punta del preservativo desenróllalo a lo largo hasta que cubra la totalidad del pene.
7. después de la eyaculación y **antes de que el pene pierda su erección**, retíralo sujetando el preservativo por la base.
8. después de quitarte el preservativo, hazle un nudo y **tíralo a la basura**
9. usa un preservativo nuevo en cada relación sexual
10. no esperes a última hora. Ten siempre un preservativo a mano.

Los puedes comprar en farmacias o supermercados.

Tiempo: 1 hora

Sociodrama: 1 hora

TOTAL INTERVENCIÓN: 6 horas



## **ANEXO 4**

### **MANUAL**

#### **“LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL”**



## CD DE PRESENTACIÓN EN POWER POINT

**ANEXO N 5****Variables Cualitativas Nominales**

<b>VARIABLES</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA</b>
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha	Tiempo	Años Cumplidos	Años
PROCEDENCIA	Región geográfica ( Área de división política la que pertenece una persona; y su relación con centros poblados urbanos y rurales	Región geográfica Centro poblado Urbano-Rural	Provincia Urbano- Rural	Nominal  Si  No
SEXO	Diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales, según las funciones que realiza en los procesos de reproducción y desenvolvimiento social	Masculino  Femenino	Masculino  Femenino	Masculino  Femenino
CONOCIMIENTOS SOBRE LAS ITS	Conjunto de información adquirida en relación a ITS	Conjunto de información adquirida	Encuesta CAP	Si  No
ACTITUDES SOBRE LAS ITS	Intenciones frente a una situación probable	Intenciones	Encuesta CAP y escala de auto eficacia SEA 27  Indicador: Actitudes correctas frente a las ITS  Escala de Autoeficacia  A,B,C	Si  No  Numérica
PRACTICAS SOBRE LAS ITS	Comportamiento tomado frente a una situación específica	Comportamiento	Encuesta CAP y escala de auto eficacia SEA 27	SI  NO

## ANEXO 6







